UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 N° 29

LES PLASMOCYTOMES EXTRA-MÉDULLAIRES

EN

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE O R L ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE,
DU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE,
ET DU CENTRE RÉGIONAL ANTI-CANCÉREUX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue en juin 1964

par

ANDRÉ AZAÏS

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

ATTACHÉ O. R. L. AU CENTRE RÉGIONAL ANTI-CANCÉREUX

MEMBRES DU JURY

MM.	CALVET	*Président*
	BIMES, MARQUÈS, CLAUX	*Assesseurs.*
	GUIHLEM A.	*Suppléant.*

ROCA - PRADES
1964

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0122

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1964 — N° 29

LES PLASMOCYTOMES EXTRA-MÉDULLAIRES

EN

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE O R L ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE,
DU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE,
ET DU CENTRE RÉGIONAL ANTI-CANCÉREUX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue en juin 1964

par

ANDRÉ AZAÏS

LAURÉAT DE LA FACULTÉ

ATTACHÉ O. R. L. AU CENTRE RÉGIONAL ANTI-CANCEREUX

MEMBRES DU JURY

MM.	CALVET	*Président*
	BIMES, MARQUÈS, CLAUX	*Assesseurs.*
	GUIHLEM A.	*Suppléant.*

ROCA - PRADES
1964

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. LAZORTHES
1er Assesseur ..... BLANC.
2e Assesseur ..... SOREL.
Doyens honoraires ..... GORSE, BRUSTIER, CALVET, LEFEBVRE.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. RIBAUT, VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BOUNHOURE, BUGNARD.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	MERIEL.
Clinique médicale		GADRAT.
Clinique chirurgicale et gynécologique		FABRE P.
Clinique chirurgicale et du cancer		GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..		VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BAZEX.
Clinique des maladies de la tuberc. et path. interne		MOREL.
Clinique des maladies des voies urinaires		LHEZ.
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL.
Clinique médicale de la 1re Enfance		BARDIER.
Clinique de neuro-chirurgie		LAZORTHES.
Clinique neurologique et psychiatrique		GERAUD.
Clinique obstétricale		GUILHEM P.
Clinique odonto-stomatologique		CADENAT.
Clinique ophtalmologique.		CALMETTES.
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale		CALVET.
Clinique rhumatologique .		RUFFIE R.
Clinique traumatologique des membres		RIEUNAU.
Accouchement et obstétricie sociale		PONTONNIER.
Anatomie		N...
Anatomie appliquée		POULHES.
Anatomie Pathologique ..		FABRE J.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale		ANDRIEU.
Chimie biologique		VALDIGUIÉ.
Electro-radiologie		MARQUÈS.
Embryologie générale		BROUSSY J.
Histologie		BIMES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		DARNAUD.
Médecine légale et médecine du travail		PLANQUES.
Médecine sociale		N...
Parasitologie		BOUISSET.
Pathologie chirurgicale ..		DAMBRIN.
Pathologie générale et médecine expérimentale..		SENDRAIL.
Physico-chimie		AUVERGNAT.
Physiologie		LAPORTE Y.
Physiologie appliquée et pharmacologie		BAISSET.
Physique biologique et médicale		N...
Propédeutique médicale ..		LAPORTE J.
Thérapeutique		DARDENNE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée		COULOUMA.
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.
Biochimie médicale	MM.	DOUSTE-BLAZY.
Médecine générale		MONNIER.
Oto-Rhino-Laryngologie ..		CLAUX.
Pathologie médicale		BOULARD.
Pathologie chirurgicale ..		LAGROT.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie et embryologie.	PLANEL.
Ophtalmologie	DEODATI.
Parasitologie	RUFFIE J.
Physiologie	MONTASTRUC
Physique médicale	BRU.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	Bastide.
Anatomie pathologique ..	Bouissou.
Anesthésiologie	Lareng.
Carcinologie	Estrade.
Chirurgie générale	Enjalbert.
Chirurgie générale	Gédéon.
Chirurgie générale	Sarrazin.
Chirurgie générale	Souquet.
Electroradiologie	Pons.
Hématologie	Ducos.
Histologie et embryologie.	Guilhem A.
Maladies infectieuses	Armengaud.
Pathologie expérimentale .	Gleizes.
Physiologie	Bessou.
Physique médicale	Commanay.
Pneumo-phtisiologie	Miguères.

AGREGES

Médecine générale	Ribau
Médecine générale	Calaz
Médecine générale	Rasco
Médecine générale	Le Ta
Médecine générale	Ribet.
Chirurgie générale	Ficat.
Chirurgie générale	Pasqu
Chirurgie générale	Gaube
Dermatologie et syphiligraphie	Dupre
Hydrologie	Denar
Médecine légale	Grèze R
Neurochirurgie	Espagn
Neurologie et psychiatrie.	Gayra
Obstétrique	Espagn
Ophtalmologie	Bec.
Pneumo-phtisiologie	Delau

AGREGES LIBRES

Anatomie	Thomas.
Pathologie chirurgicale ..	Dieulafe.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme Dulucq-
Chimie analytique, toxicologie et hyg. industr.	Mathou. MM. Bourbon.
Chimie pharmaceutique ..	Blanc.
Matière médicale	Vincent.
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	Caujolle.
Pharmacie galénique	Stanislas.
Zoologie	Roux.

PROFESSEURS A TITRE PERSONN

Botanique	Roque
Pharmacie	Coutu
Sciences Naturelles	Mme Caujo

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Microbiologie	MM. Breui
Sciences physiques	Pitet.

MAITRES DE CONFERENCES AGRE

Toxicologie	Brous

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	Roche.
Secrétaire	Berrut.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candid

(Délibération en date du 12 mai 1891)

JE DÉDIE CE TRAVAIL

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	BASTIDE.
Anatomie pathologique	BOUISSOU.
Anesthésiologie	LARENG.
Carcinologie	ESTRADE.
Chirurgie générale	ENJALBERT.
Chirurgie générale	GÉDÉON.
Chirurgie générale	SARRAZIN.
Chirurgie générale	SOUQUET.
Electroradiologie	PONS.
Hématologie	DUCOS.
Histologie et embryologie.	GUILHEM A.
Maladies infectieuses	ARMENGAUD.
Pathologie expérimentale	GLEIZES.
Physiologie	BESSOU.
Physique médicale	COMMANAY.
Pneumo-phtisiologie	MIGUÈRES.

AGREGES

Médecine générale	RIBAUT.
Médecine générale	CALAZEL.
Médecine générale	RASCOL.
Médecine générale	LE TALLE
Médecine générale	RIBET.
Chirurgie générale	FICAT.
Chirurgie générale	PASQUIE.
Chirurgie générale	GAUBERT
Dermatologie et syphiligraphie	DUPRÉ.
Hydrologie	DENARD.
Médecine légale	GRÈZES-RUE
Neurochirurgie	ESPAGNO
Neurologie et psychiatrie.	GAYRAL.
Obstétrique	ESPAGNO
Ophtalmologie	BEC.
Pneumo-phtisiologie	DELAUDE

AGREGES LIBRES

Anatomie	THOMAS.
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-
Chimie analytique, toxicologie et hyg. industr.	MATHOU. MM. BOURBON.
Chimie pharmaceutique	BLANC.
Matière médicale	VINCENT.
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE.
Pharmacie galénique	STANISLAS.
Zoologie	ROUX.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique	ROQUES.
Pharmacie	COUTURI
Sciences Naturelles	Mme CAUJOLL

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Microbiologie	MM. BREUILL
Sciences physiques	PITET.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Toxicologie	BROUSSY

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	ROCHE.
Secrétaire	BERRUT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats

(Délibération en date du 12 mai 1891)

JE DÉDIE CE TRAVAIL

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE PATERNEL

A MON PERE, A MA MERE

Cette œuvre leur appartient.
Qu'ils y voient le fruit des sacrifices qu'ils se sont volontairement imposés pour moi. S'ils pouvaient en tirer quelque raison de fierté, j'en serais heureux.
Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

En témoignage d'amour et de reconnaissance pour sa présence et sa collaboration de chaque jour.

A MON FILS, A MA FILLE

La joie de notre foyer.

A MON GRAND-PERE MATERNEL,

A MES GRAND-MERES

A MES BEAUX-PARENTS

Qui nous entourent de leur précieuse affection.

A MES FRERES

A MA BELLE-SŒUR, A MON BEAU-FRERE

A MES NIECES

A MA TANTE, A MON ONCLE

A MA COUSINE

Qui ne cessent de nous témoigner une affectueuse sollicitude.

A TOUS LES MIENS

Avec toute notre affection.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CALVET

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
et de Chirurgie Maxillo-Faciale,
Doyen Honoraire de la Faculté
Laryngologiste du Centre Anti-Cancéreux,
Officier de la Légion d'Honneur.

Voici maintenant cinq années, que vous nous avez accueilli dans votre service.

Vous nous avez donné une formation Oto - rhino - laryngologique, et nous sommes très fier d'être compté au nombre de vos élèves.

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et d'en inspirer le sujet. Nous avons été soutenu tout au long de ce travail par le désir de ne pas vous décevoir et de mériter votre estime. Qu'il soit le modeste témoignage de notre admiration et de notre respectueuse et fidèle reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BIMES

Professeur d'Histologie.

En hommage de gratitude pour la bienveillance et l'affabilité avec lesquelles vous nous avez accueilli en Histologie.

Ce sont vos conseils, vos explications et vos encouragements qui nous ont permis de conduire ce travail à sa fin. Nous vous le présentons et vous remercions d'avoir accepté de siéger à notre jury de thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUES

Professeur d'Electro-Radiologie,
Electro-Radiologiste des Hôpitaux,
Directeur du Centre Régional Anti-Cancéreux
Officier de la Légion d'Honneur

Nous avons le très grand privilège de travailler à vos côtés, et pouvons ainsi chaque jour, profiter de la clarté de votre enseignement et de votre pensée.

Soyez assuré de notre très respectueuse admiration, et de nos sincères remerciements pour l'intérêt que vous nous avez témoigné en nous acceptant dans votre service.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUX

Professeur à la Faculté,
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

Depuis le début de notre diplôme, vous nous avez guidé de vos conseils éclairés et patients.

Nous vous en gardons une grande reconnaissance.

Vous avez bien voulu nous aider dans la réalisation de cette thèse, nous voudrions vous exprimer ici l'assurance de notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUIHLEM

Maître de Conférences,
Agrégé d'Histologie et d'Embryologie.

Veuillez accepter notre reconnaissance pour votre aide, vos précieux conseils et la sympathie que vous nous avez accordés.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR V. BRUSTIER

Doyen Honoraire de la Faculté,
Professeur Honoraire de Chimie Analytique,
de Toxicologie et d'Hygiène Industrielle,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Vous avez toujours été bienveillant à notre égard, votre enseignement nous a été des plus précieux.

Trouvez ici toute notre reconnaissance et notre amical attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PLANQUES

Professeur de Médecine Légale
et de Médecine du Travail,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre reconnaissance pour l'enseignement que vous nous avez donné, et pour la sollicitude que vous avez bien voulu nous témoigner.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LAPORTE

Professeur de Propédeutique Médicale

Vous nous avez conseillé pendant toutes nos études.

Veuillez recevoir notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PLANEL

Professeur à la Faculté.

Vous avez été pour nous un guide indulgent et sûr, nous faisant sentir l'intérêt d'aborder l'étude de l'Histologie avec l'esprit et les méthodes des sciences exactes.

Remerciements respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. ESCAT

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

Avec nos bien vifs remerciements pour les observations que vous avez bien voulu nous communiquer.

Nous remercions vivement tous les Directeurs des Centres Anti-Cancéreux qui ont bien voulu répondre à Monsieur le Professeur Marquès et donner leurs observations sur les plasmocytomes, diagnostiqués et traités dans leurs Centres.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LO

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté,
Chef de Laboratoire O.R.L.

Nous vous témoignons notre sincère reconnaissance pour l'intérêt que vous avez porté, et l'accueil bienveillant que vous nous avez toujours réservé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIRAGUE

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté,
O.R.L. du Centre Anti-Cancéreux.

Nous avons trouvé auprès de vous un accueil des plus chaleureux, et vous nous avez manifesté bien des marques de confiance.

Nous voudrions vous exprimer ici l'assurance de notre entier dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLL

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté,
Assistant O.R.L. des Hôpitaux.

Vos conseils bienveillants nous ont permis de mener à bien ce travail.

Nous vous exprimons notre respectueuse reconnaissance pour l'aide que vous nous avez apportée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAVAL

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMME

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté,
Assistant O.R.L. des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HEMOUS

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté,
Assistant O.R.L. des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUSCAIL

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VINCENT

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SON-QUI

Ancien Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CROS

Chef de Clinique O.R.L. à la Faculté

Avec nos remerciements pour vos précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAILLOL

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital d'Albi.

Qui a bien voulu nous confier son observation. Sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN

A qui je dois l'éveil de ma vocation médicale, et dont le dévouement a continuellement inspiré ma vie professionnelle.

Expression de ma vive reconnaissance et de mon profond attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOAZAN

En témoignage de notre amitié.

A NOS CAMARADES DE LA CLINIQUE O.R.L.

A TOUS NOS AMIS DE LA FACULTE

Plan de notre travail

I. — INTRODUCTION.

II. — HISTORIQUE.

III. — GENERALITES.

- La fréquence.
- L'âge.
- Le sexe.
- Le siège.

IV. — CONSIDERATIONS HISTOLOGIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES.

- Les cellules plasmocytaires.
- La fonction plasmocytaire.
- La plasmocytogénèse.
- Le plasmocytome bénin.
- Le plasmocytome malin.

V. — SYMPTOMATOLOGIE.

- Au niveau des fosses nasales, du cavum et des sinus.
- Au niveau de la cavité buccale et du pharynx.
- Au niveau du larynx et de trachée.
- Localisations multiples simultanées.

VI. — PROBLEMES DE DIAGNOSTIC.

- Diagnostic clinique et bilan général.
- Diagnostic anatomo-pathologique.

VII. — EVOLUTION ET PRONOSTIC.

VIII. — DISCUSSION ET PLACE NOSOLOGIQUE.

IX. — OBSERVATIONS.

X. — TRAITEMENT.

XI. — CONCLUSIONS.

XII. — BIBLIOGRAPHIE.

INTRODUCTION

Wright, en 1900, mentionna le premier le terme de « plasmocytome », pour définir un des éléments de la maladie de Kahler ou myélome multiple des os, affection caractérisée par le développement simultané, dans la moëlle osseuse, de très nombreuses tumeurs malignes formées aux dépens du tissu hémato-poïétique.

Très tôt, cependant, les auteurs avaient donné une autonomie à des formations extra-médullaires, nettement localisées, qui se comportaient comme des tumeurs bénignes, et apparaissaient surtout au niveau des voies aéro-digestives supérieures, avec une plus grande fréquence que celle attribuée classiquement.

On désigne actuellement sous ce terme de plasmocytome, un groupe de tumeurs très diverses, allant des proliférations bénignes, jusqu'aux néo-formations à malignité indiscutable.

La pathogénie, en est restée obscure et controversée depuis les premières communications allemandes de 1913; et les avis divergents sur le degré de parenté de ces tumeurs avec la maladie de Kahler.

Le but de ce travail n'est pas d'envisager les localisations O.R.L. du myélome multiple, mais plutôt de reconnaître une place nosologique aux plasmocytomes extra-médullaires. Si certains auteurs estiment que ces formations peuvent réapparaître après extirpation, pour

devenir associées à un état cancéreux ; d'autres, les ont communément classées dans les lymphosarcomes.

En réalité, ces tumeurs habituellement solitaires, ont pour caractères — et ce quel que soit leur siège — d'être pendant des années sans gravité. Souvent latentes à leur début, parfois révélées par des signes locaux peu alarmants, quelquefois guéries par l'exérèse, ces plasmocytomes ne dévoilent que tardivement leur malignité. Il en est par contre qui sont plasmosarcomateuses d'emblée.

L'importante bibliographie, consacrée à ce sujet depuis Wright, permet de considérer ces néoformations, comme malignes d'emblée, ou dégénérant secondairement une fois sur trois.

Ces considérations nous ont amenés, sur les conseils de notre maître Monsieur le Professeur Jean CALVET, à faire des « Plasmocytomes Extra-médullaires en Oto-rhino-laryngologie », le sujet de notre thèse ; en précisant leur place nosologique, leurs caractères et leur nature propre ; sachant bien que dans l'état actuel de nos connaissances, la matière d'un si vaste sujet est loin d'être épuisée.

HISTORIQUE

La majorité des auteurs qui se sont intéressés aux plasmocytomes extra-médullaires sont Anglo-Saxons, mais c'est dans les pays de langue allemande qu'ont été rapportées les plus nombreuses observations. La première revue intéressante consacrée à la question est d'Opikofer (Bâle 1926), qui mentionne les premières observations.

Nous rappellerons les premiers cas de plasmocytomes isolés :

— En 1891, le premier est signalé par Unna.

— Schridde rapporte un plasmocytome du cavum, chez un homme de 45 ans, et en fait une description détaillée en 1905.

— En 1907, Boit signale un plasmocytome de la corde vocale droite, chez un malade de 55 ans.

— En 1911, Werdt note chez un homme de 69 ans, un plasmocytome, au niveau de la face dorsale du voile.

— Plus tard, en 1912, on distingue **un aspect nouveau** de ces tumeurs à plasmocytes, dites isolées, avec la publication de Vogt. Ici, la localisation multiple (naso-pharyngo-laryngée) s'accompagne d'adénopathies cervicales et axillaires.

— A cette même époque, Franck et Kusonoki, puis Watcher, rapportent des cas voisins. Leurs publications sont encore imprégnées des premières communications sur le myélome multiple datant du début du XIX[e] siècle, où Dalrymphe en 1846 baptise dans une communication « mollities ossium » une tumeur plasmocytaire, où Bence

Jones en 1848 découvre dans les urines un deutoxide d'albumine hydraté (élément protéinurique), où Mac Intyre et Rustitzky font une synthèse de l'affection, et enfin en 1883, Kahler une étude plus approfondie.

Ces auteurs cherchaient à trouver systématiquement un point de départ squelettique, lorsqu'ils découvraient une tumeur plasmocytaire, sans admettre une origine primitive, à partir du tissu conjonctif commun.

Opikofer tient compte des 2 aspects principaux de ces tumeurs extra-médullaires, d'un côté, la tumeur plasmocytaire apparemment bénigne, sans tendance destructive locale et sans dissémination ; de l'autre, des tumeurs plasmocytaires ganglionnaires, avec parfois dissémination osseuse, évoquant singulièrement la maladie de Kahler.

— Plus tard, en 1930, Bourgeois et Huet signalent un plasmocytome du larynx.

— Clairborn et Fernis rassemblent plusieurs cas (fosse nasale droite et fossette de Rosenmüller droite).

— Rosenwaser, un cas au niveau du méat moyen.

— En 1935, une description approfondie est apportée par Mattick et Thibondeau, à propos d'une localisation double (nasopharynx et hypopharynx).

— En 1943, Hellwig groupe les 127 cas jusqu'alors décrits.

— En 1945, Figi-Broders et Havens apportent une statistique de 11 cas pour 2.885 tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures.

— En 1949, Stout et Kenney, dans la revue « Cancer », considèrent ces tumeurs comme bénignes en majorité, mais reconnaissent que certains cas sont franchement malins.

— De 1928 à 1950, 12 cas sont publiés, et de 1928 1951 : 152 cas.

— En 1952, Priest en distingue 4 variétés :

— 1° Les tumeurs isolées non cancéreuses.

— 2° Les tumeurs multiples, non cancéreuses.

— 3° Les tumeurs cancéreuses, sans métastases.

— 4° Les tumeurs cancéreuses, avec métastases.

— Dans la même année, Ewing et Foote ne décrivent que trois types, mais l'individualité du plasmocytome extra-médullaire et de la maladie de Kahler n'apparaît toujours pas.

— En 1957, Oltersdoff rapporte chez une femme de 61 ans, un plasmocytome récidivant des fosses nasales. Cette seconde manifestation, apparue tardivement (15 ans après l'intervention), comportait des métastases au niveau de la voûte crânienne, de l'extrémité distale d'un fémur et d'une côte. Initialement, la tumeur avait été considérée comme un stade précoce d'un processus généralisé (suspicion faite d'après le polymorphisme cellulaire et la présence dans la tumeur d'une substance albuminoïde, non hématique à la coupe). C'est enfin au moment de l'extension à d'autres parties du corps que sont apparus les signes biologiques, en particulier la paraprotéïnémie.

Les tumeurs plasmocytaires extra-médullaires en sont, à un stade très imparfait des connaissances, en ce qui concerne leur devenir évolutif, leur potentiel de malignisation, et leur vraie place nosologique (rapports avec la maladie de Kahler, avec l'inflammation chronique de nature syphilitique, ou le simple granulome inflammatoire à plasmocytes).

— En 1956, Dolin et Dewar, dans une étude clinique plus générale, envisagent les caractères de ces tumeurs, et insistent sur leur durée d'évolution, plus longue dans la sphère O.R.L.

— En 1959, Piquet J. et Benoît M., apportent des notions très importantes sur les plasmocytomes du larynx et de la trachée. Ils les classent, suivant les résultats de l'examen clinique, en 3 catégories :

1° Les plasmocytomes bénins, généralement uniques, de l'endolarynx et de la trachée.

2° Les plasmocytomes à sièges multiples, avec une localisation laryngée, sans caractère apparent de malignité.

3° Les plasmocytomes primitivement ou secondairement malins.

— Grimaud et Wayoff, la même année, consacrent une étude anatomo-clinique aux plasmocytomes extra-médullaires, à propos de nouveaux cas.

— En 1960, Annamunthodo arrive au chiffre de 190 plasmocytomes extra-médullaires.

— Plus récemment, en mars 1963, Ennuyer A., et Bataïni P. dans le « Bulletin du Cancer », publient un mémoire sur les plasmocytomes des voies aéro-digestives supérieures, à propos de 248 cas, dont 19, traités à la Fondation Curie.

— Enfin, Fruhling et Chadli, apportent une étude approfondie sur le sarcome plasmocytaire extra-squelettique, dans les annales anatomo-pathologiques de juin 1963.

GÉNERALITES

La localisation des plasmocytomes extra-médullaires se voit surtout au niveau du carrefour aéro-digestif ; ceci peut s'expliquer par le fait que cette région est particulièrement riche en éléments plasmocytaires. Les auteurs italiens ont signalé des atteintes : de la plèvre, des poumons, des muqueuses du tractus digestif (spécialement aussi de l'estomac) de la peau, et exceptionnellement, du tractus génital. Nous retiendrons encore l'atteinte des ganglions lymphatiques, décrite par les auteurs allemands, qui nous intéresse plus particulièrement.

Dans la littérature, il existe à notre connaissance 255 cas.

1° La fréquence :

Sur le plan statistique, les plasmocytomes extra-médullaires sont des tumeurs relativement rares en cancérologie. Il semble cependant que les auteurs américains les rencontrent plus fréquemment à l'heure actuelle. De même, la presse O.R.L. française leur a consacré plusieurs articles.

Pour le larynx, les résultats concordent en général avec ceux de Figi et Broders, 1 cas sur 1.600 cancers du larynx en moyenne.

Mattick pour 62.000 admissions en clinique pour néoplasies, ne trouve que 2 cas.

Au Centre Régional Anti-Cancéreux de Toulouse, nous n'avons trouvé qu'une seule observation, sur de très nombreuses entrées.

On rencontre 1 cas de forme maligne, « plasmosarcome » extra-médullaire, pour 5 sarcomes plasmocytaires du squelette, et 1 pour 7 affections malignes à plasmocytes. Il s'agit donc d'un diagnostic exceptionnel.

2° L'âge :

Hellwing rapporte 67 cas de plasmocytomes des voies aéro-digestives supérieures et en donne une classification précise. La moyenne d'âge se situe entre 45 ans et 75 ans, 90 % des malades ont plus de 50 ans.

Ennuyer a montré que le pourcentage de malades atteints est le même pour les plasmocytomes des voies aéro-digestives supérieures, que pour les sarcomes de l'anneau de Waldeyer.

On a décrit de rares plasmocytomes extra-médullaires chez l'enfant, et au-delà de 80 ans (3 cas).

Récemment, Grimaud et Wayoff, ont signalé un plasmocytome de la trachée cervicale, chez un homme de 30 ans. En 1958, Costinescu et Popovisi signalèrent une atteinte rhino-pharyngée chez une jeune fille de 18 ans. Nous rapportons dans les observations du Professeur Calvet, celle d'un malade de 19 ans.

L'âge, par ailleurs, ne paraît pas influencer le pronostic.

3° Le sexe :

Opikofer avait noté, dans ses premières communications, une femme pour 8 hommes.

Ringerts trouve 4 hommes pour une femme, Stout et Kenney, ainsi qu'Ewing et Foote, 3 hommes pour 1 femme ; Hellwing, 7 hommes pour 1 femme. La statistique récente de la Fondation Curie donne la proportion d'une femme pour 3 hommes, soit 23,7 % et 73,3 %.

A la lumière de tous les cas recueillis, la proportion semble actuellement être 4 hommes pour 1 femme.

4° Le siège :

Sur les 255 cas de plasmocytomes extra-médullaires, que nous avons pu réunir, les localisations les plus fréquentes sont, par ordre d'importance :

— Les fosses nasales (64 cas).
— Le pharynx et les amygdales palatines (54 cas).
— Les sinus de la face (49 cas).
— Le cavum (38 cas).
— Le larynx et la trachée (27 cas).
— Les plasmocytomes à localisations multiples (23 cas).

Il existe d'autres localisations, à vrai dire exceptionnelles ; ainsi, il a été rapporté 2 cas au niveau du conduit auditif, dont un avec atteinte des cellules mastoïdiennes; un autre, au niveau des lèvres, 2 du plancher de la bouche, 2 de la langue, 1 de l'hypopharynx, et un de la base du crâne, dont le point de départ était probablement tubaire (observation rapportée).

CONSIDÉRATIONS HISTOLOGIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Le problème actuel du plasmocytome extra-médullaire est avant tout d'ordre nosographique, et il n'est pas concevable d'entreprendre une étude clinique, sans avoir au préalable fait une étude cytologique et anatomo-pathologique du plasmocyte.

Ces proliférations sont des tumeurs authentiques, à cellules plasmocytaires vraies, morphologiquement et fonctionnellement nées et développées dans les tissus mous, elles sont exceptionnelles, mais constituent une entité anatomo-clinique.

Nous envisagerons successivement, les cellules plasmocytaires, leur rôle, la plasmocytogénèse. Nous terminerons par une étude anatomo-pathologique, en envisageant les rapports avec les autres affections à plasmocytes.

1. — LES CELLULES PLASMOCYTAIRES

Le plasmocyte tissulaire d'Unna-Marschalko est le plus fréquent, et le plus typique des éléments plasmocytaires. Nous en ferons l'étude en premier lieu, avant de décrire les formes cellulaires, d'aspect plus jeune, ce qui nous permettra de mettre en exergue cette lignée plasmocytaire.

Le plasmocyte adulte : dont la taille moyenne est comprise entre 12 à 14 u, se caractérise par son noyau de forme arrondie occupant une position excentrique par rapport au cytoplasme.

Sa chromatine violet foncé, présente un renforcement périphérique, qui individualise bien les contours nucléaires. Elle est composée de fragments dont la dis-

position a été tantôt comparée à une écaille de tortue, par Bessis, tantôt aux rayons d'une roue, rappelant selon Pappenheim, celle du noyau de l'erythroblaste. En realite, la disposition de la chromatine semble être exclusivement variable, mais toujours fissurée par des zones irrégulières, polymorphes, nettement différenciées par leur teinte pâle, qui ont fait décrire le noyau du plasmocyte comme étant constitué de mottes ou de virgules foncées: « la basi-chromatine ». On a voulu voir dans le nombre de ces virgules une caracteristique, tantôt plasmocytaire lorsqu'il était inférieur à 10, tantôt erythroblastique lorsqu'il dépassait ce nombre. En fait, il est bien difficile de dénombrer ces tons plus foncés dont l'inégalité et l'irrégularité prennent une valeur plasmocytaire, mais dont l'organisation regulière evoque plus volontiers le noyau erythroblastique classiquement en rayon de roue ou en damier. Dans ce noyau adulte, il ne semble pas coexister de nucléole, tout au moins sur les colorations panoptiques, mais Curletto avec le bleu de méthylène en milieu acide tamponné, signale cependant des traces nucléolaires.

Le cytoplasme est abondant, bien délimité, de forme généralement ovalaire ; mais quel que soit le rapport nucléo-cytoplasmique, il est toujours intensement basophile, allant par une composante rougeâtre, difficile à saisir, du bleu foncé au violet, plus ou moins accentué. Il se distingue egalement par une structure heterogène qui permet de considérer un réseau canaliculaire peu visible : l'ergatoplasme, s'extériorisant plus nettement dans une zone pâle : l'archoplasme, celui-ci presque toujours juxta-nucleaire peut être assimilé au centrosome, dans des cas plus rares, il apparaît au centre de la cellule, ou encore proche de ses bords.

L'hyperbasophilie du cytoplasme, etudiee recemment grâce au microscope electronique (Braunsteiner et Coll) est due à l'ergatoplasme très developpe ; ce dernier est constitué de vesicules lamelleuses etroitement imbriquées et de nombreux grains d'acide ribonucleïque. Dans le cytoplasme, se trouvent frequemment des vacuoles, en nombre et en taille variables, dont la faible coloration

rosée tranche sur la basophilie du fond. Tantôt volumineuses, elles siegent de préférence a la périphérie, refoulant même parfois le bord capillaire en un véritable bourgeon protoplastique, tantôt plus petites et disséminées dans l'aire cytoplasmique, elles se disposent en une couronne périnucléaire comme le fait remarquer R. Di Guglielmo. L'exagération du nombre et du volume de ces vacuoles aboutit à une cellule que nous avons exceptionnellement rencontrée, la cellule muriforme ou (cellule de Mott).

Enfin, à l'intérieur du cytoplasme, on aperçoit dans certains cas, de fines et rares granulations azurophiles, ou bien de véritables inclusions très volumineuses, auxquelles Russel a donné son nom.

La bordure cellulaire présente assez souvent des bourgeonnements plus ou moins pédiculés, qui peuvent donner naissance par étranglement du pédicule à des masses protoplasmiques, libres, arrondies : on a affaire au phénomène de la cytoclasie, très fréquemment observé dans la plupart des frottis médullaires. L'élimination de tels lambeaux cytoplasmiques serait pour Curletto à l'origine des éléments de petite taille à noyau picnotique et à cytoplasme réduit, dénommés « métaplasmocytes » par Di Guglielmo, et considérés par cet auteur comme des cellules sénescentes « hypermatures de la lignée ». Ces plasmocytes vieillis retrouvés sur tous les éléments peuvent d'ailleurs être assimilés à des artefacts, ou confondus avec d'autres cellules altérées de la moelle, érythroblastes et lymphocytes en particulier. Enfin, à l'état normal, la division cellulaire est exceptionnelle. Elle peut se faire cependant à la fois accompagnée de division cytoplasmique aboutissant aux formes périnuclées dont le taux physiologique serait de 4 %, d'après Di Guglielmo; notons, là encore, que les plasmocytes en division sont difficiles à différencier d'autres cellules lymphoïdes ou érythroblastiques.

A partir du plasmocyte adulte ainsi décrit, il est possible d'ébaucher une lignée plasmocytaire en se référant à des caractères de plus grande jeunesse cellulaire :

— **Le proplasmocyte,** voisin de l'élément que nous venons de décrire.

C'est une cellule de grande taille (16 à 20 u) dont le noyau plus volumineux, plus muriforme, légèrement plus pâle, reste encore excentré bien qu'à un degré moindre.

On distingue parfois les traces d'un nucléole ; le cytoplasme présente également une basophilie caractéristique, mais plus atténuée, où se remarque moins nettement la structure canaliculaire ou vacuolaire. Par contre, l'archoplasme reste assez net, de forme plus arrondie que celui du plasmocyte et plus nettement détaché du noyau. Certains auteurs ont rapproché cet élément de la cellule de Türk ; celle-ci pourtant semble s'en éloigner par un noyau très volumineux, occupant au moins les deux tiers de la cellule, souvent nucléolée, à l'organisation chromatinienne en réseau plus régulier, évoquant pour Lévol, l'hémocytoblaste ; de plus, le cytoplasme est ici hyperbasophile, laissant une zone chromophobe régulière autour du noyau.

— **Le plasmoblaste,** plus jeune encore, avec un noyau volumineux arrondi, central ou mieux : légèrement décentré, dont la chromatine nettement plus fine le rapproche davantage d'un élément souche que des éléments plasmocytaires plus adultes que nous venons d'envisager. On y trouve un ou deux nucléoles de petite taille et de coloration pâle. Le cytoplasme de taille variable, mais généralement réduit, présente une basophilie homogène, dont l'intensité permet de soupçonner le devenir plasmocytaire de la cellule. L'archoplasme est absent, ou à peine ébauché, suivant l'âge de la cellule. Cette cellule souche, qui n'apparaît en réalité que dans des fortes hyperplasies plasmocytaires est confondue habituellement avec les cellules primordiales des autres lignées médullaires. Cependant, elle a bien été identifiée par certains auteurs dans les organes hématopoïétiques autres que la moëlle : la râte en particulier, sous le terme « d'acute splenic tumor cell »de Rick, de « cellule de transition » de Fragaeüs, ou de « cellule réticulaire active » de Gullino.

Enfin, au-delà du plasmoblaste, on a affaire aux cellules réticulaires polyvalentes, où la constatation d'une basophilie plus prononcée permet de faire placer certaines d'entre elles à l'origine de toute cette lignée : **les proplasmoblastes.**

2. — LA FONCTION PLASMOCYTAIRE

Les études histo-chimiques et ultra-structurales du plasmocyte ont permis, ces dernières années, une meilleure interprétation des caractères morphologiques des cellules plasmocytaires banales, en fonction de leur activité secrétoire. La différenciation plasmocytaire est caractérisée, d'une part, par le développement considérable de l'appareil de Colgi, qui correspond en microscopie optique, au croissant juxta-nucléaire, et, d'autre part, au développement et à l'organisation de l'ergatoplasme qui représente le substratum morphologique de la fonction secrétoire du plasmocyte ; et qui explique la basophilie intense de ces cellules. Les travaux récents s'accordent actuellement sur le fait que cette secrétion correspond à la synthèse et à l'excrétion d'immuno-globulines circulantes.

Les formes dites « aberrantes » des plasmocytes (vacuoles, cellules de Mott, corps de Russel, inclusions cristallines, cytoplasme « flammé », etc...) relèvent en fait d'un processus commun, consistant en une accumulation d'un matériel secrétoire dans les citernes ergatoplasmiques, qui se dilatent progressivement. La formation d'inclusions intra-nucléaires correspond également à des processus de stockage de glyco-protéïnes dans l'espace péri-nucléaire relié aux cavités ergatoplasmiques. Ces images polymorphes, qui semblent traduire un trouble secrétoire, acquièrent ainsi une signification, non seulement structurale, mais également fonctionnelle.

Tous ces aspects peuvent s'observer à un degré variable, généralement faible, dans une plasmocytose réactionnelle banale, mais il arrive fréquemment que certains d'entre eux prédominent très nettement dans une prolifération plasmocytaire tumorale. Ce phénomène de sélection d'un aspect fonctionnel particulier, peut s'expliquer

par des liens de filiation à partir d'un élément matriciel qui a subi la transformation maligne, et constituer ainsi un argument supplémentaire en faveur de la nature sarcomateuse d'une telle prolifération (L. Fruhling et A. Chaldi).

Ces auteurs, au cours d'une étude anatomo-pathologique très approfondie sur les sarcomes plasmocytaires extra-squelettiques, ont étudié le comportement des plasmocytes, ils ont ainsi rapporté au cours de leurs expérimentations des preuves évidentes, sur la synthèse des glycoprotéïnes, sur le stockage des produits secrétés, et leur nature propre au sein du stroma de ces tumeurs. Ils ont encore fait un parallèle avec le syndrome humoral de la maladie de Kahler. Ainsi, au cours du sarcome plasmocytaire extra-squelettique, ils ont mis en évidence un syndrome humoral avec altération du protéïnogramme. L'électrophorèse a montré une diminution des albumines, avec prédominance de l'une des fonctions globuliniques. Malheureusement, cette traduction humorale est trop discrète et ne permet pas un diagnostic d'orientation. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce syndrome humoral dans le diagnostic différenciel.

3. — PLASMOCYTOGENESE

C'est grâce à une étude, et à une meilleure interprétation des caractères morphologiques des cellules plasmocytaires et de leur fonction secrétoire, que la plasmocytogénèse a acquis son individualité.

La notion de formation éventuelle des plasmocytes à partir des lymphocytes, était restée classique.

Pendant très longtemps, on a cru que les plasmocytes prenaient naissance dans les organes lymphoïdes, ou dans les infiltrats inflammatoires du tissu conjonctif. La présence des lymphocytes, et l'insuffisance de la microscopie ordinaire à réaliser une investigation valable, ont fait penser à l'existence de formes de transition. Cependant, la miscrocopie électronique (Braunsteïner et Coll), permit de démontrer des différences de structures fondamentales, entre ces deux catégories cellulaires.

Récemment, des notions convaincantes furent rapportées par le Professeur Bimes, à la lumière de nombreux travaux ; cet auteur cite les travaux de Moeschlin (1941-1947), Bessis et Scebat (1946), Fragaeüs (1948), Weslèn (1952), Leduc et Connoly (1955), Roberts et coll. (1957), Holub et Riha (1960).

C'est l'étude de l'ergatoplasme remarquablement développé dans le plasmocyte (attribut d'une protéosynthèse active aboutissant à l'élaboration et au stockage des gamma-globulines) qui permet d'étayer la lignée plasmocytaire.

Cette précocité de maturation cytoplasmique, qui se traduit, dès les stades initiaux par une intense basophilie, comme en témoigne le développement rapide de l'ergatoplasme, faisant de ces cellules des éléments immédiatement utilisables.

C'est au niveau des organes lymphoïdes qu'existe une lignée hémo-histiocytaire, comportant une succession de stades, au cours desquels on assiste principalement à une réduction du volume des cellules, et à une condensation de la chromatine nucléaire.

Les cellules réticulaires peuvent également donner naissance à des cellules plasmocytaires fonctionnelles, ainsi l'antigène capté au cours des processus d'immunisation se retrouve dans les plasmocytes.

On retrouve, au niveau des ganglions, des formes plasmocytaires jeunes (proplasmoblastes et plasmoblastes), les cellules réticulaires, grandes et moyennes y ont un rôle prépondérant dans la plasmocytogénèse. Celle-ci a encore été étudiée dans la moelle hématogène, à partir des petites cellules réticulaires.

Et enfin, dans certaines conditions, telles que l'inflammation au niveau du tissu conjonctif lâche, les petites cellules réticulo-histio-cytaires peuvent se transformer directement en petites cellules plasmocytaires.

4. — LE PLASMOCYTOME BENIN

Description macroscopique : Les plasmocytomes bénins peuvent être plus ou moins pédiculés, (ou même sessiles) et d'aspect polypoïde, les deux formes pouvant d'ailleurs coïncider.

Généralement, ils se présentent sous la forme de petites masses nettement limitées, d'aspect lisse ou irrégulier, granuleux ou bosselé.

Leur coloration varie du rouge brun ou bleuté, au blanc grisâtre.

En principe, leur consistance est ferme et élastique. Ils se coupent facilement et la tranche de section montre un tissu d'apparence fibreuse, parsemé dans certains cas de zones hémorragiques (Clairborn et Fernis).

Description microscopique : L'examen d'une coupe de plasmocytome bénin montre un stroma de fines travées conjonctives, formant un réseau dont les mailles sont remplies d'éléments cellulaires, tantôt tassés les uns contre les autres, tantôt essaimés en plages diffuses. A un faible grossissement, la coupe présente un aspect multilobulé dû aux amas cellulaires inclus dans la limite des tractus fibreux. L'épithélium de surface est, en général, indemne, ne présentant ni modification, ni ulcération ; il est cylindrique ou pavimenteux, suivant le siège de la tumeur. On a noté à son niveau de l'hyperkératose, parfois de la parakératose. Les vaisseaux sont d'aspect normal et les éléments cellulaires ne présentent autour d'eux aucune disposition particulière.

Toutefois, selon la zone examinée, les aspects diffèrent, c'est ainsi que l'on peut voir dans la partie profonde de la coupe, de volumineux amas cellulaires, plus ou moins arrondis, limités par une trame conjonctive dense, et avoir parfois une dégénérescence hyaline ; on peut apercevoir de petits groupements de cellules juxtaposées, « disposition en colonnes » comme le note Huckel, ou encore des cellules solitaires séparées des autres par un très fin réseau conjonctif. Au voisinage de la couche

épithéliale de revêtement, les cellules forment des groupes clairsemés, inclus dans les mailles d'un stroma de tissus conjonctif, pauvre en fibres collagènes et parsemé de quelques rares vaisseaux.

Il n'y a pas d'atypies nucléaires et très peu de structures mitotiques. Les mitoses peuvent même manquer totalement. Dans certains cas, on peut trouver des infiltrats leucocytaires avec de rares polynucléaires neutrophiles.

Tels sont les caractères habituels des plasmocytomes bénins.

5. — LE PLASMOCYTOME MALIN ou PLASMO-SARCOME

— **Description macroscopique :** Les plasmocytomes malins se présentent généralement sous la forme de masses friables gris-jaunâtre, à surface bourgeonnante, ulcérée ou hémorragique, présentant souvent un caractère envahissant très net.

— **Description microscopique :** Le diagnostic de sarcome plasmocytaire doit être basé sur deux données essentielles, comme le rapporte Frühling :

— D'abord, la constatation d'une prolifération globocellulaire, strictement monomorphe, envahissante, indiscutablement maligne, tant par son agressivité vis-à-vis des tissus pré-existants (envahissement des vaisseaux et des gaines nerveuses par exemple) que par sa texture cytologique, caractérisée par des atypies et des monstruosités nucléaires et mitotiques.

— Ensuite, par une prolifération cytologique à éléments de morphologie plasmocytaire.

(Ces éléments plasmocytaires, que nous venons de voir dans les chapitres précédents, nous n'y reviendrons pas).

Il existe deux forme typiques de prolifération cellulaire : la petite cellule plasmocytaire, différenciée et adulte, et la grande cellule plasmocytaire polymorphe.

Mais, en dehors de ces 2 formes, il peut se présenter des formes « aberrantes », possédant une ou plusieurs inclusions.

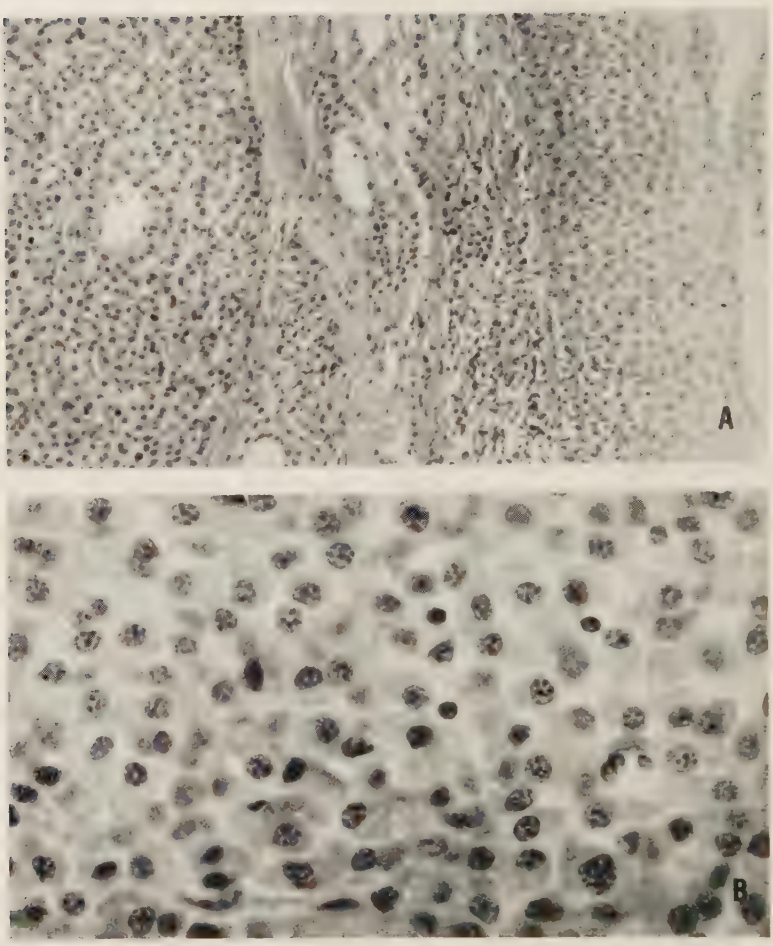

Fig. 1. — PLASMOCYTOME DE L'AMYGDALE.

A) **Faible grossissement.** — De droite à gauche, on observe :
— le revêtement malpighien.
— une étroite zone dermique, faisant l'objet d'une infiltration leucocytaire banale.
— la tumeur plasmocytaire nettement circonscrite.

B) **Fort grossissement.** — Parenchyme tumoral, constitué uniquement par des plasmocytes mûrs, dont on remarquera : le noyau excentré à chromatine exclusivement ponctuée, le cytoplasme abondant et basophile, avec aire claire périnucléaire.

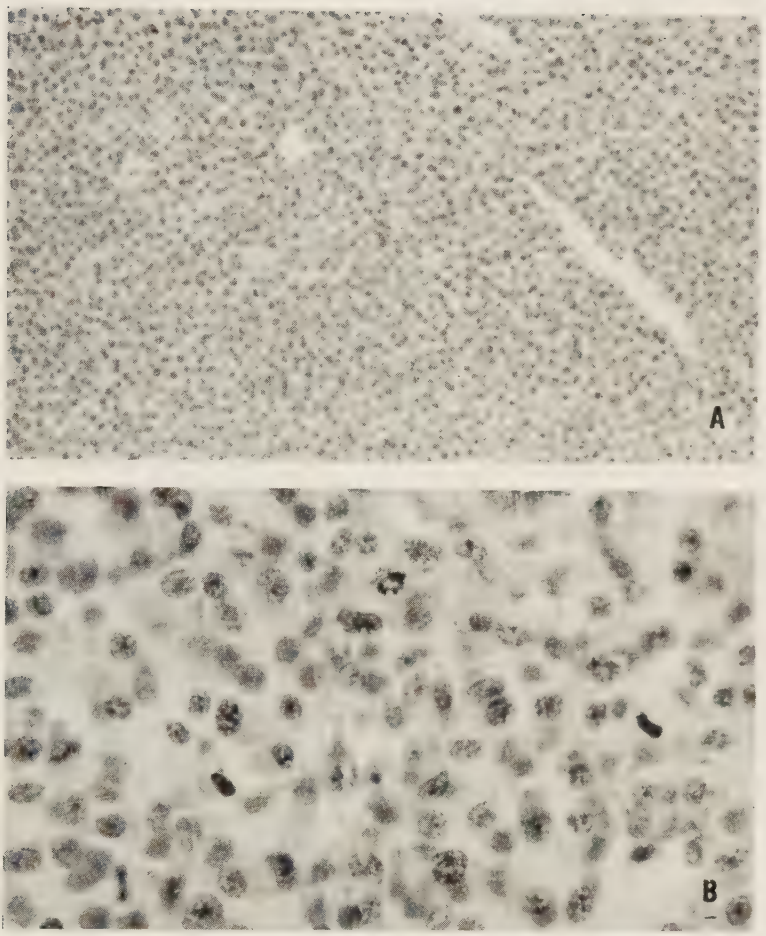

Fig. 2. — PLASMOSARCOME.

Prélèvement au niveau d'une métastase cutanée

A) **Faible grossissement.** — Aspect très homogène de la tumeur.

B) **Fort grossissement.** — Tumeur uniquement constituée par des cellules matures ou immatures de la lignée histio-plasmocytaire. — Trois mitoses — Quelques atypies nucléaires.

Travail du Laboratoire d'Histologie.
Directeur : Professeur BIMES.

SYMPTOMATOLOGIE

Les observations publiées dans la littérature montrent que la symptomatologie des plasmocytomes extra-médullaires est très pauvre. Nous pouvons affirmer d'emblée que le diagnostic ne sera même pas évoqué, après un examen clinique soigneux. Seuls, les examens para-cliniques et l'anatomo-pathologie nous apporteront la clef du diagnostic.

Nous ne pouvons passer en revue tous les signes révélateurs des différentes localisations, car les plasmocytomes ont une symptomatologie d'emprunt. Nous ne citerons donc que les signes les plus importants.

Si on tient compte de la fréquence, des différentes localisations, on peut adopter la classification déjà ébauchée au début de ce travail.

1° **Au niveau des fosses nasales, du cavum et des sinus de la face.**

Les fosses nasales constituent le siège le plus fréquent des plasmocytomes des voies aéro-digestives supérieures. Le début est progressif, les premiers symptômes sont souvent une obstruction nasale ou une épistaxis. Le point de départ se trouve, soit sur la cloison, soit sur les cornets, mais il est souvent difficile de dire si le début a été endosinusal ou nasal, le malade étant vu à un stade tardif. Les signes rencontrés, par ordre de fréquence, sont : l'obstruction nasale, l'extériorisation jugale, l'épistaxis, l'hypoacousie, les troubles neurologiques, les adénopathies cervicales.

2° **Au niveau de la cavité buccale et du pharynx.**

L'amygdale palatine est le siège de prédilection des plasmocytomes. Schwartz notait 10 localisations amygdaliennes pour 23 localisations pharyngées. La tumeur ne siège que très rarement sur les piliers.

Le premier symptôme est une simple gêne pharyngée. Dans quelques cas, les adénopathies cervicales ont été révélatrices.

Nous ajouterons ici quelques localisations rares. On trouve dans la littérature 2 cas, au niveau des lèvres, 2 du plancher de la bouche, 2 de la langue, 5 de l'oropharynx, et 1 de l'hypopharynx.

Nous ne parlerons pas des plasmocytomes de la gencive ou du maxillaire inférieur, qui ne sont, d'après Ennuyer, que l'une des innombrables localisations du myelome multiple.

3° **Au niveau du larynx et de la trachée.**

Les plasmocytomes du larynx se manifestent par une dysphonie. Dans les tumeurs volumineuses, notamment sous-glottiques, la dyspnée est souvent le premier symptôme et peut nécessiter une trachéotomie d'urgence.

Les plasmocytomes du larynx siègent, par ordre de fréquence, au niveau du vestibule, de la sous-glotte, beaucoup plus rarement de la glotte. Ils prennent surtout naissance sur l'épiglotte et dans le ventricule.

En cas de localisation trachéale, le malade vient consulter pour une dyspnée d'effort. La localisation bronchique est rarissime.

Les plasmocytomes du larynx et de la trachée semblent plus bénins que ceux de l'épiglotte.

4° **Localisations multiples simultanées.**

Il s'agit, le plus souvent, de récidives.

21 cas ont été signalés, Heindl rapporte un cas ayant donné naissance 3 ans après l'exérèse d'un plasmocytome solitaire du naso-pharynx à deux atteintes de la trachée et une de la paupière supérieure droite ; ces atteintes étant cliniquement et histologiquement identiques à la lésion initiale.

Problèmes Diagnostic

A) DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET BILAN GENERAL

Du fait de la convergence des signes cliniques, radiologiques et biologiques, le diagnostic de la Maladie de Kahler est dans l'ensemble facile. Il n'en est pas de même pour le plasmocytome extra-medullaire des voies aéro-digestives superieures. Ici, l'examen anatomo-pathologique seul, permet le diagnostic.

Il serait fastidieux d'énumérer les différents diagnostics pouvant se poser soit avec les autres tumeurs bénignes des voies aero-digestives superieures, soit avec les tumeurs malignes.

La découverte d'un plasmocytome entraîne une série d'investigations :

— Anamnèse.

— Examen clinique complet, avec recherche des tumeurs osseuses perceptibles, palpation de toutes les aires ganglionnaires, notamment cervicales, qui sont envahies dans 19 % des cas.

— Radiographie du squelette dans son ensemble, pour mettre en évidence des foyers osteolytiques caractéristiques, en sachant bien que les metastases osseuses de prédilection se font au niveau du crâne, du sternum, des côtes, des vertèbres, et moins frequemment au niveau de l'humérus.

— Numération globulaire et formule sanguine, pour déceler une anémie.

— Vitesse de sédimentation, qui est accélérée d'une façon constante, dans la maladie de Kahler.

— Dosage des protides sanguins, avec rapport sérine globulines, dont l'inversion est classique dans le myélome multiple.

— Electrophorèse qui, en cas de dissimination, montre souvent une nette augmentation des gamma-globulines.

— Ponction sternale à la recherche d'un envahissement plasmocytaire de la moelle.

— Sérologie, pour éliminer la spécificité.

— Enfin, recherche dans les urines de l'albumose de Bence-Jones.

B) DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE

1° **Les plasmocytomes bénins :**

Sur le plan macroscopique, ce sont des tumeurs sessiles ou pédiculées, lisses et fermes. Elles sont souvent volumineuses, leur surface n'est pas ulcérée ; leur coloration est souvent brun-rougeâtre.

Microscopiquement, la tumeur est faite d'une nappe bien individualisée de plasmocytes, dans un stroma sillonné de capillaires.

Il n'y a pas d'envahissement des plans profonds. La tumeur est bien circonscrite.

2° **Les plasmocytomes malins :**

Se présentent, au contraire, différemment ; ces tumeurs sont molles et friables ; elles saignent facilement ; leur surface est très bourgeonnante et elles ont un caractère nettement envahissant.

Microscopiquement, deux données sont à retenir :

— d'abord, une prolifération globo-cellulaire d'allure sarcomateuse et monomorphe.

— ensuite, les amas de plasmocytes.

3° **Le diagnostic différentiel,** présente un certain nombre de difficultés dont les plus marquantes sont au nombre de trois :

— Certaines proliférations cellulaires ayant l'aspect de plasmocytes, retrouvées dans d'autres tumeurs, sont différentes des vrais plasmocytes (tels qu'on les trouve dans les plasmocytomes).

Ces derniers, en effet, ont des signes morphologiques de sécrétion protéique : une basophilie, des inclusions hyalines et cristallines, des vacuoles de stockage, etc...

Par ailleurs, le plasmocytome vrai présente un caractère de monomorphisme cellulaire.

— La différence entre la plasmocytose inflammatoire et la plasmocytose tumorale n'est pas toujours facile. En effet, il y a coexistence sur certaines coupes, de lésions inflammatoires sub-aiguës : (sclérose, formation de néo-vaisseaux, phénomènes congestifs, amas lymphocytaires

polymorphes péri-vasculaires) et de nappes de plasmocytes.

Pour certains, cette coexistence peut quelquefois prêter à confusion, avec le granulome inflammatoire à plasmocytes.

On peut également éliminer une étiologie syphilitique, quand il n'y a pas de localisation péri-vasculaire des plasmocytes, pas de traces de scléro-gomme, pas d'altération vasculaire ou de sclérose discrète.

— La cellule en cause est bien un plasmocyte, de nature tumorale, mais correspond à une métastase d'un processus néoplasique du squelette.

Tous les auteurs s'accordent pour dire qu'il est parfaitement impossible de différencier anatomiquement un plasmocytome malin d'un élément du myélome multiple.

Evolution et Pronostic

Le diagnostic de plasmocytome bénin ou malin étant posé, il est impossible de préjuger de l'évolution. En effet, même après un traitement correct, associant souvent chirurgie et radiothérapie, deux éventualités peuvent se produire :

— soit, la guérison apparente et de longue durée ;

— soit, l'extension des lésions, et la dissémination dans des délais extrêmement variables.

Nous devons, pour comprendre ces deux éventualités, reprendre systématiquement, comme l'a fait Ennuyer, certains caractères cliniques et para-cliniques.

Les adénopathies se rencontrent dans 19 % des cas, et avec une égale fréquence, pour chaque localisation des voies aérodigestives supérieures, sauf pour le cercle de Waldeyer où nous avons, en moyenne, une atteinte ganglionnaire sur deux.

Si on envisage les survies à 5 ans, on s'aperçoit que bien peu de malades ayant un essaimage ganglionnaire atteignent ce délai.

Au cours de la généralisation, avec atteinte osseuse, l'albumose de Bence Jones est rencontrée avec la même fréquence dans le plasmocytome extra-médullaire et dans le myélome multiple.

Par ailleurs, la proportion de l'envahissement plasmocytaire de la moelle, en l'absence de généralisation osseuse, est très nettement plus faible que dans la maladie de Kahler. Il a été rapporté 82 % d'atteinte de la moelle au début de l'évolution du myélome multiple et seulement 2 atteintes sur 7 dans la généralisation osseuse effective du plasmocytome. Cette notion chronologique de « début de généralisation » et de « généralisation effective » est, à notre sens, encore plus significative dans la différenciation.

Les modifications protéiniques du sérum sont moins convaincantes, car la fréquence est pratiquement identique dans les 2 affections, au cours de la généralisation osseuse.

Nous pouvons encore, grâce à l'étude des pourcentages de survies, faire remarquer que l'évolution du plasmocytome extra-médullaire est de longue durée. Dans la littérature, les durées moyennes de surveillance sont de 8 ans, pour des malades n'ayant jamais présenté de récidive.

Nous savons que le myélome multiple peut, dans certains cas, présenter une évolution de longue durée avant la généralisation osseuse, mais nous devons cependant noter que la moyenne de survie pour le plasmocytome est de 4 ans 1/2, après généralisation osseuse.

Cependant, l'élément le plus intéressant de l'histoire de ces plasmocytomes, est l'évolution. Il existe des cas, qui n'ont jamais récidivé après avoir été traités, soit par ablation chirurgicale, soit par radiations. Parfois, des récidives locales se sont succédé rapidement, puis la guérison a été définitive.

La notion de siège, comme le fait remarquer Piquet, est également importante, car à la lumière de la littérature, le pronostic des plasmocytomes endo-laryngés est, en principe, favorable, à la condition toutefois qu'il s'agisse de tumeurs primitives, ne présentant aucun caractère de malignité au moment du diagnostic. En revanche, les plasmocytomes de la face linguale de l'épiglotte ou de la base de la langue, sont souvent malins d'emblée.

Certains auteurs estiment que plus la tumeur plasmocytaire est proche des plans osseux, plus sa malignité est grande et son évolution rapide; cette notion, à l'heure actuelle, a perdu beaucoup d'adeptes. En réalité, c'est le siège de la tumeur qui permet un diagnostic, plus ou moins précoce.

On a voulu faire de l'âge un élément du pronostic. Ainsi, Rawson donne pour les plasmocytomes malins un âge moyen de 66 ans, alors que d'après la classification d'Hellwig, l'âge moyen pour les tumeurs avec métastases ganglionnaires était de 43 ans et pour les tumeurs avec

métastases osseuses de 48 ans. Cette notion d'âge n'est donc pas à retenir.

L'aspect histologique ne permet pas toujours d'établir un pronostic, ainsi dans de nombreux cas où l'histologie affirmait la nature sarcomateuse, l'allure clinique et l'évolution ont été bénignes. A l'opposé, des tumeurs dont l'aspect histologique plaidait en faveur de la bénignité, se sont révélées hautement malignes, avec tendance envahissante et dissémination (observations de Voegt et Rosenwaser).

Pour compléter le tableau des différents éléments du pronostic, il est nécessaire de recourir aux examens complémentaires, permettant d'éliminer ou d'affirmer l'existence de la dissémination osseuse.

Discussion et Place Nosologique

Dans quel cadre classer les plasmocytomes extra-médullaires ?

Les hypothèses les plus diverses ont été émises par différents auteurs, mais aucune n'apporte une réponse satisfaisante. Ainsi, Grimaud écrivait récemment que « la tendance actuelle avec Lemoyne et les hématologistes, est de les intégrer dans le cadre lui-même élargi de la maladie de Kahler, dans les hémopathies dysprotéinisantes, comprenant : les plasmocytomes isolés, le myélome multiple, la myélomatose décalcifiante de Weissenbach et Lièvre, les cryptholeucoses plasmocytaires, les leucémies à plasmocytes et la macroglobulinémie de Waldenström ; ce cadre comporte d'ailleurs de nombreuses contradictions, et le problème étiologique sera seulement éclairci par la découverte de l'origine et de la fonction du plasmocyte ».

Mais, le cas de tumeur unique, histologiquement et cliniquement bénigne, constitue un nouvel argument pour donner une place à part aux plasmocytomes extra-médullaires, les opposant à la maladie de Kahler.

Dans la même année, Piquet écrivait que l'histopathologie ne paraissait pas résoudre ce problème (en effet, à un même aspect morphologique, cytologique, et anatomo-pathologique, correspondent des tumeurs très différentes au point de vue biologique). Celui-ci pouvait, semble-t-il, être résolu par l'étude des globulines.

On peut, malgré le polymorphisme et notamment l'existence de formes incomplètes de la maladie de Kahler qui conserve une unité clinique, pronostique et thérapeutique, opposer la maladie de Kahler aux plasmocytomes extra-médullaires. Ainsi, peut-on envisager les rapports sous trois angles différents : histologique, clinique et évolutif.

Sur le plan anatomo-pathologique, nous savons qu'il est matériellement impossible de différencier le sarcome plasmocytaire extra-squelettique du sarcome plasmocy-

taire squelettique. Mais l'étude de la fonction plasmocytaire constitue un espoir certain.

Pour Bimes, il semble bien établi que les cellules plasmocytaires ont un rôle primordial dans l'élaboration des anticorps. La preuve décisive de ce fait a été apportée par les travaux de Coons, Leduc et Connolly en 1955, grâce à la fluorescence d'un anticorps.

Envisageons maintenant les deux autres aspects, clinique et évolutif qui plaident en faveur d'une place nosologique particulière. C'est ainsi que les signes de dysprotéinose : pic globulinique à l'électrophorèse, inversion du rapport sérine-globulines se rencontrant au cours du plasmocytome extra-médullaire, sont quantitativement moins importants que dans le myélome plasmocytaire.

D'autre part, la longue évolution de la maladie contribue à lui donner une place à part.

« La conception du plasmocyte : élément réactionnel aux stimulations antigéniques du conjonctif actif, tant spécialisé et hémato-poïétique que commun, rend compte de la possibilité de l'histogénèse du sarcome primitif des parties molles, en dehors de toute atteinte de la moelle osseuse ». (Fruhling).

Beaucoup d'observations rapportées dans la littérature comportant une étude complète des protéines tissulaires, sériques ou urinaires, ne permettent pas, jusqu'à maintenant, de saisir exactement le rapport existant entre plasmocytomes extra-médullaires et maladie de Kahler.

Seule, une étude biologique réalisée avant l'exérèse de ces tumeurs (rarement praticable en fait, sauf au cours des récidives) et une étude histo-chimique des plasmocytomes tumoraux, permettront peut-être de résoudre le problème ; la base fondamentale de cette opposition réside probablement dans la filiation différente de la lignée plasmocytaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. — Professeurs CALVET, CLAUX, CAYRAL.

Cette observation est intéressante à rapporter pour plusieurs raisons, l'âge du malade, la rapidité de l'évolution et la rareté de la localisation.

Un jeune homme de 19 ans, présente en mai 1949, des céphalées fronto-orbitaires droites, avec opacité radiologique du sinus maxillaire de ce côté. Le diagnostic porté à ce stade est celui de sinusite maxillaire, en rapport avec une prémolaire cariée, qui est enlevée.

Un mois plus tard, apparition d'une névralgie trigéminale avec paralysie faciale et crises vertigineuses. Le diagnostic de zona est évoqué, puis écarté.

En effet, la persistance d'un état fébrile avec hypérémie tympanique, surdité mixte et hypoexcitabilité vestibulaire fait pratiquer, à quelques jours d'intervalle, une paracentèse, puis une mastoïdectomie. Malgré une radiographie normale, on découvre un os noir, friable, saignant abondamment, mais sans pus, ni granulations.

Les jours suivants, l'apparition d'une paralysie homolatérale du VI, motive un évidement pétro-mastoïdien. La mise à nu des méninges, au cours de l'intervention, montre une gangue granulomateuse, qui, à l'examen histologique, s'avère être un plasmocytome .

A partir de ce moment-là (juillet 1949), l'évolution est rapide, malgré la radiothérapie pénétrante à forte dose. Une ophtalmoplégie complète droite apparaît avec hémiparalysie du voile et de la langue, réalisant un syndrome de Garcin, précédant de peu la mort.

Ici se succèdent donc différents diagnostics, avant d'arriver à la notion de plasmocytome. On doit noter aussi l'évolution rapide de cette tumeur, à malignité locale, mais ne s'accompagnant pas de syndrome général osseux, ni biologique.

OBSERVATION N° 2. — Professeur MARQUES, Docteur BIRAGUE.

Madame M. P., 56 ans, est hospitalisée au Centre Régional Anti-Cancéreux, début juillet 1960. Elle avait été traitée hors du Centre, pour épistaxis abondante et amaigrissement important depuis quelques mois.

Dans les antécédents, on note de fréquents coryzas, des névralgies dentaires et un jetage nasal muco-purulent sanguinolent gauche, depuis juillet 1959. La malade se plaint également d'une obstruction nasale gauche, presque totale. Des tentatives d'extraction de polype choanal avaient été pratiquées, en novembre 1959, sans résultat ; à cette époque, un examen anatomo-pathologique des polypes du nez avait répondu : polypose banale.

A l'entrée : on note une masse hémorragique, obstruant complètement la fosse nasale gauche.

En rhinoscopie postérieure, on aperçoit une masse d'aspect muriforme, violacée, de taille d'une cerise, oblitérant complètement la choane gauche. Cette masse se révèle très dure au toucher.

Pas de paralysie des paires craniennes. Pas d'adénopathie cliniquement perceptible. Pas d'hypoacousie, ni d'acouphènes.

La radiographie montre un léger voile ethmoïdal, à gauche. Il n'y a pas d'image de perte de substance.

Une biopsie donne le résultat suivant : épithélioma épidermoïde indifférencié.

Le 7 janvier 1960, on pratique une exérèse chirurgicale de la tumeur, par voie de Rouge-Denker. La malade sort ensuite, pour raisons familiales, mais ne revient que deux mois après, pour cobalthérapie post-opératoire.

A ce moment, l'état général est bon, mais la fosse nasale gauche est obstruée par une tumeur bourgeonnante, à surface hémorragique, ne descendant pas très bas dans le cavum. Il existe deux adénopathies sous angulo-maxillaires, non encore fixées. La malade reçoit 8.000 r, en deux champs latéraux.

Le 3 avril 1960, une radiographie de contrôle montre une récidive avec extension au sinus maxillaire correspondant et, vraisemblablement, à l'ethmoïde.

En tomographie, les coupes frontales précisent l'envahissement du sinus maxillaire et du sinus ethmoïdal gauche.

Le 6 avril 1960, à sa sortie, la fosse nasale gauche est à nouveau perméable, la masse tumorale a considérablement diminué de volume ; il ne persiste qu'une petite masse hémorragique sur le plancher. Les épistaxis ont disparu. La région sous-angulo-maxillaire gauche est le siège d'une sclérose, enserrant les ganglions.

Le 20 juin 1960, l'état général est bon. Il n'y a pas d'adénopathie. L'état local est satisfaisant.

Le 17 juillet 1961, une adénopathie sous-maxillaire gauche apparaît, très dure, douloureuse, non encore fixée et de la taille d'une amande. Les fosses nasales sont libres. Il n'y a pas de récidive locale.

Le 25 septembre 1961, on fait un évidement sous-maxillaire. L'examen anatomo-pathologique répond : Plasmocytome malin (tumeur à point de départ nasal). Un mois plus tard, la radiothérapie est mise en œuvre (4.850 r, en 2 champs cervicaux, antérieur et postérieur).

Le 31 octobre 1961, la malade quitte à nouveau le service. Elle revient en mars 1962, son état général semble excellent. Par la suite, elle a été perdue de vue. Nous avons appris son décès, en janvier 1963.

OBSERVATION N° 3. — Professeur CLAUX.

Monsieur C.D... 74 ans, vient consulter pour une tumeur de la cavité buccale, apparue depuis quelques mois.

— A l'examen, on note une formation polypoïde, de la grosseur d'un pois, implantée à la jonction du pilier antérieur de l'amygdale et de la langue. Pas d'adénopathie cliniquement perceptible.

— Une exérèse est pratiquée en totalité le 1er/4/1953.

— Le diagnostic histologique est alors le suivant : Plasmocytome bénin.

« La lésion est une néoplasie bénigne évoluant sous un revêtement malpighien non modifié et probablement développée à partir du parenchyme lymphoïde de l'amygdale linguale. La néoplasie est constituée uniquement par

des plasmocytes, groupés en volumineuses alvéoles, que circonscrivent de grêles travées fibreuses. Pas de mitoses, ni d'anomalies nucléaires dans les cellules tumorales. Réaction inflammatoire discrète au niveau de la partie superficielle de la tumeur » (Professeur Bimes).

Le malade est revu en mars 1956, pour un polype de la cloison nasale. Une résection large est pratiquée, avec ablation du socle cartilagineux.

Examen anatomo-pathologique : Plasmocytome bénin de la cloison (Professeur Planel).

— Le malade est suivi régulièrement, et en octobre 1956, au même endroit, on découvre un processus ulcéro-végétant, à surface plus ou moins hémorragique.

Une biopsie montre qu'il s'agit d'un plasmosarcome:

« La tumeur conserve l'architecture granulomateuse de la néoplasie examinée en avril 1953, mais présente d'incontestables caractères de malignité. Le parenchyme tumoral se présente sous l'aspect de vastes alvéoles, occupées par des éléments matures ou immatures appartenant à la lignée histio-plasmocytaire. Présence d'un nombre important de mitoses et d'atypies nucléaires avec quelques cellules plurinucléées ou pourvues d'un noyau monstrueux. Son stroma est représenté par de grêles cloisons conjonctives sertissant les alvéoles néoplasiques et supportant un réseau capillaire sanguin (Professeur Bimes).

Un essai de radiothérapie locale est alors institué ; mais le malade abandonne à la troisième séance.

Il se produit alors, en l'espace d'un mois, une efflorescence d'un processus noevique sous-cutané, intéressant tout le corps.

Trois mois après, l'issue fatale survient.

OBSERVATION N° 4. — Professeur FLORENTIN.

Madame M..., 42 ans.

L'affection débute par une gêne respiratoire avec épistaxis fréquentes depuis de nombreuses années. En 1951, un examen anatomo-pathologique pratiqué à Tunis a montré l'existence d'un plasmocytome de la fosse nasale droite. Un traitement radiothérapique, dont nous ne

connaissons pas les modalités exactes, a été pratiqué. La malade aurait subi 8 séances de radiothérapie.

Depuis, elle n'a subi aucun traitement jusqu'à son entrée au Centre Régional de Radiothérapie — Curiethérapie de Nancy.

A l'entrée, le 4 janvier 1957, l'examen montre une fosse nasale droite entièrement comblée par une masse tumorale, saignant au moindre contact. La cloison nasale est refoulée vers la gauche. L'examen du cavum montre seulement du muco-pus, les choanes sont libres.

Un nouvel examen biopsique montre un plasmocytome bénin.

« Muqueuse malpighienne dont l'épithélium assez fortement épaissi et kératinisé en surface ne présente aucune figure atypique. Celui-ci recouvre un chorion conjonctivo-vasculaire abondamment infiltré d'éléments cellulaires. Ceux-ci sont en majorité représentés par une multitude de plasmocytes. On note, par places, des foyers de polynucléaires, et diffus entre les plasmocytes de nombreux macrophages chargés de lipoïdes. Le réseau vasculaire présente un épaississement pariétal hyalin. Aucune cellule atypique n'a été rencontrée.

En résumé : il s'agit d'un plasmocytome bénin d'origine, vraisemblablement inflammatoire » (Professeur Florentin).

Un examen radiographique et tomographique du crâne ne montre pas d'extension osseuse. La masse tumorale apparaît sous forme d'une image opaque, arrondie, paraissant développée aux dépens de la cloison.

La malade est traitée par radiothérapie, et reçoit une dose de 3.000 r, en 3 semaines, par un champ direct sur la région nasale.

En fin de traitement, la régression de la tumeur est importante, toutefois, il persiste une masse nécrotique, qui ne saigne pas, mais comble en grande partie la fosse nasale.

La malade ayant quitté la région, ne s'est pas représentée à la consultation. Toutefois, elle nous a donné régulièrement de ses nouvelles. Son état général reste bon, et elle n'a pas représenté d'incidents locaux.

OBSERVATION N° 5. — Docteur JACOB.

Il s'agit d'un malade, âgé de 63 ans, qui nous a été adressé au Centre Régional Clinique et Thérapeutique de Caen, le 5 mars 1957, par le Professeur Lemenager (phtisiologue), pour radiothérapie complémentaire, après exérèse endoscopique d'une tumeur pédiculée trachéale basse.

L'affection avait débuté huit mois auparavant, par de l'asthénie, de l'amaigrissement, de la dyspnée, quelques crachats striés de sang et une toux quinteuse paroxystique.

Le diagnostic a été fait par bronchoscopie et le compte rendu histologique était le suivant : « Tumeur maligne de la trachée d'une variété rare : Sarcome plasmocytaire typique. La tumeur devrait présenter une certaine radio-sensibilité, mais il conviendrait de s'assurer qu'il n'existe pas d'autre localisation, en particulier squelettique ».

Des examens complémentaires ont été pratiqués : myélogramme, numération-formule, vitesse de sédimentation, recherche de l'albumose de Bence-Jones et radiographie de l'appareil osseux. Tous ces examens se sont montrés normaux, aucune localisation osseuse secondaire n'a été trouvée.

L'absence de métastases a amené à faire une irradiation localisée de 5.000 r tumeur par 5 champs, centrés sur la tumeur. Le traitement a dû être interrompu pendant 15 jours, à 3.000 r, du fait d'une épidermite exsudative sur les champs antérieurs.

Le 13 février 1959 : une ulcération torpide, au niveau des deux champs thoraciques, oblige à pratiquer une greffe cutanée.

Le 11 janvier 1961 : le malade présente de l'asthénie, de la toux, quelques crachats hémoptoïques, mais des examens complémentaires ne montrent rien d'anormal.

Le 13 avril 1962 : le malade est revu pour des douleurs, au niveau de l'épaule et du genou gauche. On demande différentes radiographies, mais aucune autre localisation ne peut être mise en évidence.

OBSERVATION N° 6. — Docteur JACOB.

Il s'agit d'un homme âgé de 67 ans, présentant un myélome plasmocytaire, localisé à la choane droite, enlevé il y a 3 mois.

Le 24 septembre 1960, à son arrivée au Centre Régional Clinique et Thérapeutique, l'examen de choanes semble normal, on perçoit simplement une petite adénopathie sus-claviculaire gauche.

Après une radiographie pulmonaire, ne montrant pas d'image suspecte, le malade est mis en traitement sous cobalt, par deux champs maxillaires, droit et gauche, de 8 cms sur 8 cms, champs horizontaux perpendiculaires à la peau, et centrés sur les choanes. On décide de faire 5.000 r tumeur.

Le 25 mai 1960, le traitement est terminé. Son état général est bon, la peau est seulement pigmentée, mais la radiomucite est importante.

Le 27 juillet 1960, l'état local et général sont toujours satisfaisants, mais le malade se plaint d'une hypoacousie droite. Celle-ci disparut au bout d'un an.

Suivi régulièrement, le sujet est revu notamment le 27 juillet 1963 : l'état général est excellent, la rhinoscopie postérieure ne décèle rien d'anormal. Les clichés, crânien et pulmonaire, ne décèlent pas d'élément pathologique.

OBSERVATION N° 7. — Docteur JACOB.

Il s'agit d'un malade, âgé de 68 ans, qui s'est présenté en juin 1961, porteur d'une tumeur bourgeonnante de la face laryngée de l'épiglotte ; les limites inférieures sont difficiles à préciser ; les cordes vocales sont mobiles ; on découvre une petite adénopathie sus-claviculaire gauche.

Une première biopsie conclut à un épithélioma malpighien spino-cellulaire. Une radiographie pulmonaire ne montre pas de métastase. Un cliché du larynx visualise la tumeur bourgeonnante, mais le cartilage épiglottique est intact. Nous avons fait, tout d'abord, de la cyclo-cobalthérapie sur le larynx, distribuant une dose de 4.800 r, sur le volume tumoral.

Après cette irradiation et après trachéotomie, le Docteur Duncombe pratique une laryngectomie partielle, par voie trans-laryngée sus-glottique, avec conservation des ailes du cartilage thyroïde et des muscles thyro-hyoïdiens latéraux. L'exérèse est limitée au ras des cordes vocales, en bas, et respecte le tiers supérieur de l'épiglotte, en haut. La tumeur était pédiculée. On crée un laryngostome.

L'examen de la pièce opératoire montre l'existence d'un sarcome plasmocytaire typique, confirmé par le Professeur Frühling de Strasbourg et le Professeur Duperrat de Paris.

En septembre 1961, la cicatrisation est en bonne voie. On ne note pas d'adénopathie. Une biopsie de contrôle, effectuée sur une zone blanchâtre, se montre négative.

En novembre 1961, l'état général est excellent. Il n'y a toujours pas d'adénopathie. On observe simplement une voussure bilatérale du vestibule laryngé, paraissant d'origine cicatricielle. Il n'y a pas de douleurs osseuses et la radiographie du crâne, faite de façon systématique, ne montre pas de métastase.

Revu en mai 1962, l'état du malade est toujours satisfaisant.

OBSERVATION N° 8. — Docteur ESCAT.

Monsieur J. A..., 64 ans, est vu pour la première fois à Purpan le 19 avril 1957, pour une tumeur de l'hémilarynx droit, pour laquelle plusieurs biopsies pratiquées ont été négatives.

Ce malade se plaint d'une dysphonie modérée depuis 14 mois.

— En laryngoscopie : il existe une tumeur bilobée de la bande ventriculaire droite. La muqueuse qui la recouvre est de coloration normale.

— Le 27 mai 1957, on pratique une thyrotomie : la tumeur est dure, arrondie. Elle est développée dans la bande ventriculaire et le ventricule et n'adhère pas à la corde vocale.

La bande ventriculaire est extirpée en totalité.

Examen histologique : Plasmocytome.

« La tumeur est une néoplasie conjonctive bénigne, environnée par une mince capsule fibreuse, et occupant le derme de la muqueuse laryngée, sous un mince revêtement malpighien non ulcéré.

Le parenchyme tumoral est constitué de façon très uniforme, par des nappes compactes de plasmocytes typiques (cellules sphériques ou polyédriques, possédant un cytoplasme abondant, intensément basophile, avec un noyau excentré à chromatine radiée). Pas de mitoses, ni d'anomalies nucléaires. Pas de trame collagène.

Le parenchyme tumoral est seulement sillonné par quelques travées fibro-vasculaires grêles, émanant de la capsule. Infiltration œdémateuse, dissociant parfois les nappes cellulaires » (Professeur Bimes).

Le malade est mort en 1961, d'une hémorragie cérébrale, n'ayant présenté aucune récidive locale de la tumeur.

OBSERVATION N° 9. — Docteur ESCAT.

Monsieur C. B..., 69 ans, insuffisant cardio-vasculaire, vient consulter pour une hémoptysie, en août 1954. A l'examen les amygdales sont hypertrophiques et saignent facilement. Une biopsie pratiquée alors, est adressée au Professeur Bimes.

Diagnostic histologique : « plasmocytome avec critères cytologiques, paraissant impliquer une évolution maligne récente.

— Le fragment prélevé correspond à une tumeur conjonctive, évoluant dans le derme de la muqueuse amygdalienne, sous un revêtement malpighien, aminci, mais non ulcéré.

Le parenchyme néoplasique est constitué par des alvéoles ou des cordons compacts, occupés par des cellules rondes, présentant tous les caractères des plasmocytes (cytoplasme abondant et basophile, avec zone claire juxta-nucléaire, noyau excentré, parfois double, à chromatine radiée).

Les alvéoles néoplasiques sont serties par des travées

fibro-vasculaires, où l'on ne décèle qu'un discret infiltrat lymphoïde.

En quelques points, les plasmocytes tumoraux présentent des caractères cytologiques paraissant impliquer une dégénérescence maligne, probablement récente: apparition d'un certain nombre de mitoses avec quelques atypies nucléaires.

En conclusion, on se trouve en présence d'un cas véritablement exceptionnel :

— d'une part, il s'agit d'un plasmocytome amygdalien (l'amygdale est d'ailleurs un lieu d'élection de cette tumeur peu fréquente) ;

— d'autre part, il existe des critères cytologiques, d'une forte suspicion de malignité ».

A l'examen, le 31 mai 1955, on note une énorme hypertrophie amygdalienne, à prédominance droite. Il n'y a pas d'adénopathie cliniquement perceptible. La muqueuse est d'aspect normal.

Une amygdalectomie est faite en juin 1955. Le bilan radiologique, pratiqué à cette époque, est strictement normal. Le malade regagne son foyer, sans autre traitement complémentaire.

En octobre 1961, son état cardio-vasculaire s'est aggravé, mais on ne note aucune récidive amygdalienne, il n'y a pas d'adénopathie, l'état local est satisfaisant.

Le malade est régulièrement suivi.

OBSERVATION N° 10. — Docteur CAILLOL.

Monsieur J.-M. K... 37 ans, est adressé à l'Hôpital d'Albi.

Il arrive en urgence le 3 mai 1958, pour une hémoptysie, très importante, avec gêne respiratoire occasionnant par moments, des crises de suffocation. D'autre part, le malade présente un enrouement important, apparu depuis quelques semaines. A l'examen, rendu difficile par suite de l'hémorragie, la corde vocale gauche est le siège d'un polype suspect, saignant facilement. La bande ventriculaire est légèrement infiltrée. Le malade est mis sous coagulants et la dyspnée s'améliore.

Le 5 mai, l'hémorragie est tarie. Des examens pratiqués (radiographie pulmonaire, examen de crachats, bilan de coagulation se révèlent normaux.

Le 8 mai, le polype est prélevé avec un fragment de bande ventriculaire, il est adressé en vue d'un examen anatomo-pathologique au Professeur Bimes :

Plasmocytome.

« La lésion laryngée est une néoplasie conjonctive non circonscrite, mais parfaitement bénigne ; occupant le derme, sous un revêtement malpighien légèrement épaissi et non ulcéré. Le parenchyme tumoral est constitué par des plages cellulaires compactes, serties par de grêles cloisons fibro-vasculaires et occupées à peu près exclusivement par des plasmocytes typiques. Pas de mitose, ni d'anomalies nucléaires ». (Professeur Bimes).

Ce malade n'a subi aucun traitement ; les investigations hématologique et radiologique n'ont pas été faites.

Il est revu un mois après, son larynx est parfaitement cicatrisé. Depuis, il est suivi régulièrement. L'état général reste excellent, et il n'existe aucune récidive.

TRAITEMENT

Avant tout traitement, il faut voir s'il n'existe pas d'autres localisations au niveau des voies aéro-digestives supérieures, ou une généralisation osseuse.

Devant un plasmocytome isolé, l'exérèse chirurgicale sera seule de mise (exérèse totale, avec coagulation du lit d'implantation). La fréquence des récidives locales, après chirurgie, justifie l'emploi systématique de la radiothérapie post-opératoire.

Nous devons, à ce sujet, rapporter des notions de radio-sensibilité, qui sont importantes :

— le degré de la radio-sensibilité se situe entre les tumeurs lymphoïdes et les épithéliomas indifférenciés ;

— la régression est extrêmement lente, étalée sur de nombreux mois, malgré d'importantes doses tumorales, c'est l'un des aspects les plus particuliers des plasmocytomes (Ennuyer).

— par contre, Greenfield et Arel ont signalé un cas de radio-résistance, bien que l'irradiation fut réalisée dans les meilleures conditions.

Du fait du siège, de l'extension, ou de la généralisation osseuse, un grand nombre de plasmocytomes ne seront justiciables que de la radiothérapie, l'intervention chirurgicale étant illusoire dans ces cas-là.

Si le processus plasmocytaire semble encore limité aux voies aéro-digestives supérieures, après avoir évalué les possibilités chirurgicales, il faut envisager un traitement radiothérapique. Une dose tumeur de 5.000 à 5.500 r distribuée en 35 jours par radiothérapie de haute énergie, représente un traitement minimum (Ennuyer).

CONCLUSIONS

A la fin de ce travail, dont l'objet essentiel était d'établir un bilan et de tenter une synthèse permettant de classer les plasmocytomes extra-médullaires dans un cadre nosologique propre, nous nous rendons compte que nos connaissances ne sont plus suffisantes pour définir ce cadre, car cette maladie aux profils mouvants requiert pour préciser sa personnalité, le concours des examens biologiques et avant tout cyto-biologiques.

Il semble que la faute incombe aux premiers auteurs. Ainsi, lorsque la prolifération plasmocytaire aboutissait à une masse tumorale macroscopiquement évidente, on cherchait à lui attribuer un point de départ squelettique, sans vouloir admettre une origine possible, à partir du tissu conjonctif commun, et de ce fait, les recherches sont très longtemps restées dans l'ombre.

Les plasmocytomes extra-médullaires sont des tumeurs authentiques, à cellules plasmocytaires vraies, morphologiquement et fonctionnellement nées et développées dans les tissus mous ; ils constituent une entité anatomo-clinique rare, mais non exceptionnelle.

Nous pouvons en résumer les caractères particuliers :

— Le tableau clinique ne permet pratiquement jamais d'en évoquer le diagnostic, à l'exception de rares cas, où la dissémination plasmocytaire est évidente aux premiers examens ; l'examen anatomo-pathologique s'aidant de la clinique et des examens complémentaires permet d'en faire le diagnostic, mais il est en règle générale impuissant à formuler un pronostic.

— C'est une affection rare, atteignant en majorité le sexe masculin; le plus souvent, après la cinquantaine. Le siège permet, dans certains cas, d'apporter un élément pronostique, mais en raison des cas d'atteintes multiples simultanées, la classification topographique est incomplète.

— On rencontre des adénopathies satellites dans 20 % des cas, une généralisation osseuse dans 25 %, une albumose de Bence Jones dans 4 % des cas (exempts de généralisation osseuse). La ponction sternale dans les mêmes conditions n'est positive que dans 5 % des cas, et les perturbations sériques toujours sans généralisation ne sont observées qu'une fois sur quatre.

— L'évolution est caractérisée par sa possibilité de longue durée.

— Le traitement sera, soit chirurgical, soit radiothérapique, soit mixte.

En guise de conclusion, nous aimerions que si ces idées sur les plasmocytomes extra-médullaires n'éveillent que la simple curiosité du moment, elles puissent peut-être susciter un élan de recherches, nous permettant d'apporter des éléments précieux à l'édification de sa solution.

Le Président de Thèse,

J. CALVET.

Vu : *Le Doyen,*

G. LAZORTHES.

Vu et Permis d'imprimer :

Toulouse, le 3 mars 1964

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

A. LOYEN.

BIBLIOGRAPHIE

1. — Agresti A. — Plasmocytomata isolato del polmone. (*Réf. Méd.* 1956 - *70* - 535-540).
2. - Alagna. — Die plasmazellen bei orhen - Nasen - und Kehlkopf krankeiten. (*Wirchows Archiv, f, path, anat, u, physiq* 1911 - 204-136).
3. Amano S. — Progrès dans l'étude des plasmocytes. Génèse. Fonction et cytologie. (*Le sang* - 1957, 753).
4. — Andersen P. — Plasmocytomes extra-médullaires. (*Acta radiol.* 1949 - *32* - 365-374).
5. — Appaix A., Grinda. — A propos d'un cas de myélome. (*Annales d'O.R.L.* - oct./nov. 1956 p. 841).
6. — Appelberg G. — Plasmocytoma of vagina, one case. (*Acta radiolog.* 1953 - *39* - 83-86).
7. — Aragona. — Su di un caso di plasmocytoma. (*Rach Italiana di Anat., e Histol. Path.* 1936 - *7* - 544-548).
8. — Arel F. — Extramedullary plasmocytomas. (*J. int. Coll., Surg.*, 1946, March-April - *9* - 225).
9. — Aubertin C., Catina J. — Encyclopédie médico-chirurgicale. (*Sang. Myelome multiple des os.* 13023 K.).
10. — Aubriot P., Wayoff M. — Plasmocytose de la trachée cervicale. (*Soc. de Méd. de Nancy*, 27 mai 1953).
11. — Baldenweck, Perrot. — Cancer sinuso-nasal, sarcome plasmocytaire ayant d'abord évolué sous les apparences d'une tumeur amyloïde. (*Revue d'Otologie et Rhinologie.* 1953, p. 1267).
12. — Balzer R. — Solitäres Plasmocytom der Tonseille. (*Ztsehr, J. Hals - Nas, u Ohrenheilk*, 1941 - *47* - 470-474).
13. — Bardones S. — Sur un cas de plasmocytome bénin du larynx. (*O.R.L. Italiana*, 1950 - *1* - 16).
14. — Bargon G. et Weber H. W. — Das extra medulläre plasmocytom der oberen Lilftwege. (*Zeitschr. f. Laryng.* 1956, t. - *35* p. 144).
15. — Barley A. — Plasma cell granulomas of the pharynx and larynx. (*J. Laryng.* 1959 - *73* - 685-687).
16. — Basset A., Scapier J. — Sur un cas de plasmocytome cervical. (*Le Monde, Méd., Paris* 1937 - *47* - 7-8).
17. — Becker W. — Gesichtseränderungen bei der Plasmocytomatose. (*Kiefer U. Gesichts chir.* 1955 - *1* - 255-256).
18. — Berdal P. — Plasma celltumor (plasmocytom) ; nese bihuler. (*Nord. Méd.*, 1949 - *41* - 369-371).

19. — Bernard J. — Maladies du sang. (*Flammarion édit.*, Paris 1948, 397).
20. — Bernier J., Tiecke R. — Plasmocytoma. (*J. Oral, Surg.* 1950 - *8* - 70-78).
21. — Bessis M., Scebat. — Etude de la série plasmocytaire. — Etude cytologique du myélome. (*Revue d'Hémat.* 1946 - *1* - 447-471).
22. — Bimes C. — Le lymphocyte. (Cellules de la plasmocytogénèse. — Le plasmocyte). (*Bulletin de l'Association des Anatomistes* - Toulouse, avril 1962).
23. — Blacklock, Mac Cartney. — Plasmocytome of nasopharynx. (*J. Path. and Bact.* 1932 - *35* - p. 69).
24. — Blumenfeld L. — Plasma cell tumors of the nose and nasopharynx. (*Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, 1936 - *45* - 436).
25. — Bolognesi C. — Il plasmocytoma solitario extramidolare. Osservazioni anatomo clinische su tre casi. (*Otorinolaring., Ital.*, 1959 - *28* - 56-71).
26. — Borri C. — Plasmoni delle fosse nasali et della faringe. (*Valsalva* 1929 - *5* - 416-464).
27. — Bousser et Vernant P. — Les maladies de Kahler sans manifestations osseuses cliniques. (*Le Sang*, 1950 - *21* - 28-38).
28. — Bourgeois et Huet. — Plasmocytome du larynx. (*Les annales d'Oto-Rhino-Laryng.*, 1929 - *2* - p. 166).
29. — Bronzini A. — Di un voluminoso granuloma plasmacellulare del naso. (*Arch., Ital. Otol.*, 1928 - *39* - 449).
30. — Bross. — Zur plasmocytomfrage. (*Fol, haemat, Liepz*, 1931 - *45* - 137).
31. — Broste K. — Le plasmocytome des voies aériennes supérieures. (*Acta Oto-Laryn*, 1933 - *18* - 31-40).
32. — Brunetti F. — Contributo alla diagnosi e all'istogénèsi del plasmocitomi delle fosse nasali. (*Valsalva* 1939 - *15* - 141-161).
33. — Burford W., Ackerman L. — Plasma cell myeloma with involvment of the gum of the mandille. (*Amer, J. Orthodont*, 1945 - *31* - 541-543).
34. — Busser et Hugueny. — Les myélomes plasmocytaires. Plasmocytomes de la moelle osseuse. (*Ann. d'Anat. Path.*, 1939, 443-475).
35. — Calvet, Claux, Gayral, Rascol. — Syndrome de Garcin aigu par plasmocytome de la base du crâne. (*Revue d'Ono*, 1950 - 5 - 481-484).
36. — Calvet J. — Discussion de la communication de Grimaud. *J., Fr., d'O.R.L. et Chirurgie Maxillo F.*, fév.-mars 1963, p. 209).

37. — Campbell C., Newton F. — Plasmocytoma of the upper part of the respiratory passage. (*Arch., Path.*, 1939 - *27* - 1025-1029).

38. — Campus G. — Aspetti istogenetici e clinici del plasmocytoma solitario della laringo. (*Oto., Ital.*, 1961 - *30* - 235-253).

39. — Cappel D. — The pathology of naso-pharyngeal tumors. (*J. Laryng.*, 1938 - *58* - 558-580.

40. — Cappel D. et Mathers. — (*J. Laryng. et Otologie*, 1935 - *50* - p. 340).

41. — Carre J.-C. — Du polymorphisme du myélome plasmocytaire. (*Thèse*, Bordeaux 1956).

42. — Carson C., Ackerman C. — Plasma cell, myeloma. A clinical pathologie and roentgenologic rewiev of 90 cases. (*Amer. J., clin., Path.*, 1955 - *25* - 849-888).

43. — Chase W. — Solitary myeloma miskaten for frontal sinisitis. (*Arch., of laryng.*, 1948 - *48* - 244-248).

44. — Christophe, Divry. — Deux cas de plasmocytomes nodulaires à hauteur d'une petite aile du sphénoïde. (*J. Belge de Neuro et Psych.*, 1940 - *6* - 281-293).

45. — Clairborn et Fernis. — Tumeur à allure plasmatique de la muqueuse nasale et naso-pharyngée. (1931, *Ann. of Surgery*, t. XXIII, 477).

46. — Clark O. — Plasmocytoma of larynx. — (*J. Laryng*, 1957 - *71* - 486-488).

47. — Clarysse J. — Solitari plasmocytom van de bovenkaak. Een geval en overzicht van de literatur. (*Acta, Oto-Rhino-Laryng, Belg.*, 1961 - *15* - 518-527).

48. — Clopton W. D. — Extra-medullary plasmocytome. (*Laryngoscope*, 1952 - *62* - 211-214).

49. — Connor et Chase. — Solitary extra-medullary plasmocytoma. (*Ann., Otol., Rhinol and Laryngol*, 1948 - *48* - 244-248).

50. — Cooper K.-C. — Plasmocytoma of the paranasal sinuses. Pathologic and chirurgical considérations. (*Arch., of Oto-Laryngology*, 1934 - *20* - 329).

51. — Coppo, Baratta, Bariola. — Macroglossie et papillomatose diffuse dysprotéinémique par plasmocytome. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1951, 859-862).

52. — Coste, Delbarre, Basset. — Maladie de Kahler atypique avec manifestations glosso-digito-palpébrales. Amylose type Lubersch. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, mars 1957, p. 1257).

53. — Costen J.-B. — Plasmocytoma : report of a case. (*Laryngoscope*, 1947, t. 57).

54. — Correa A., de Mello J. — Plasmocitoma del nasofaringe. (*Rev. Hosp. Clin.*, 1954 - *9* - 118-122).

55. — Costen J. — Plasmocytoma : a case with original lesion on the epiglottis and metastatic of the tibia. (*Laryngoscope*, 1951 - *61* - 266-270).

56. — Dazzi L., Bertoni L. — Sopra un caso di plasmocytoma a predominante sintomatologica hemorragica. (*Hoematologica*, 1952 - *36* - 521-533).

57. — Denker et Kahler. — Handbuch derhals. Nasen und Ohrenkeilkunde. (*Bd. Vs*, 1929, 162).

58. — de Seze S. — Maladie des os. Plasmocytome des os. (*Flammarion Edit.*, Paris, 1954).

59. — Dini S., Graev M. — Aspetti rari e problemi annosi del plasmocitoma. Con particolare riguardo alle forme solitare della cavita nasale. (*Arch. de Vecchi*, 1957-1958 - *27* - 957-1008).

60. — Divertie M. — Oesophageal obstruction. Amyloïd depositing complication multiple myeloma. Report of a case. (*Prop. Mayo, Clin.*, 1959 - *34* - 529-532).

61. — Dolin S. et Dewar J. — Extra-medullary plasmocytoma. (*Amer, J., Path.*, 1956 - *32* - 83-103).

62. — Drabe J., Bienas G. — Histologische Beson derheiten bei lokalen und generalisiertem plasmozytom des nasenrachens. (*Arch. Ohren, Nas, u, Kehlk, Heilw*, 1959 - *175* - 299-304).

63. — Dubois - Ferriere H. — La génèse et la fonction des plasmocytes. (*Le Sang*, 1948 - *19* - 574-581).

64. — Dubois - Ferriere H. — Le plasmocyte, morphologie et physiologie normales et pathologiques. (*Actualités Hématologiques*, Paris-Douin, 1re série, 1951, 43-95).

65. — Dubourg A. — Les traitements actuels du myélome multiple. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Os*, 14024).

66. — Duperrat B., Puissant A. — Plasmocytome gingival diffus. (*Bull. Soc. Franç. Derm. Syph.*, 1961 - *68* - 17-19).

67. — Dworacek H. et Rief. — Zwei Fälle von extramedullären plasmocytom. (*Wein Klin Wschr*, 1956, 86-88).

68. — Eggston A. et Wolf D. — Histopathology of Lar-nose and Throat. (*Baltimore, Williams and Wilkins Company*, 1947, 978-980).

69. — Emslie et Smith D. — Plasmocytoma of naso-pharynx. (*Journal of Clinical Pathology*, 1955 - *8* - 104).

70. — Ende N., Daron P., Richardson L. — Plasma cell tumor of the stomach. (*Radiology*, 1950 - *55* - 207).

71. — Ennuyer A., Bataini J. — Les plasmocytomes des voies aéro-digestives supérieures. (*Bulletin du Cancer*, 1963, t. *50* 53-100).

72. — Ewing R. et Foote F. — Plasma cell tumors of the mouth and upper air passages. (*Cancer* 1952 - *5* - p. 499).

73. — Facchini et Scala. — Ueber einen Fall von Fibromyxoplasmozytome der nasenhöhle. (*Arch, Italiana Otologica,* 1925 - *36* - 33).
74. — Fayolle J. — Les plasmocytoses malignes dermotropes. (*Thèse,* Lyon 1957, n° 35).
75. — Figi F., Broders, Havens. — Plasma cell tumors of the upper part of the respiratory tract. (*Annals of Otology, Rhinology and Laryngology.*, 1945 - *54* - 283).
76. — Floretic V. — Plasmocitom nasa. (*Vojno Sanitetski Pregled,* 1955, 301-303).
77. — Frank I. — Plasmocytoma of the tonsil. (*Ann. Oto-Rhino-Laryngol.*, 1942 - *51* - p. 22).
78. — Frank et Kusunochi. — (*Wirchows - Arch. f. anat. path.*, 1913, p. 391).
79. — Franklin. — Développement et Histogénèse des plasmocytes. (*J. of. Exp. Méd.* 1931 - *54* - p. 33-348).
80. — Fruhling L. et Chaldi A. — Tumeurs malignes de la moelle osseuse. Sarcome plasmocytaire du squelette. (1957, tome II, n° 3, p. 325-402).
81. — Fuerste J. Zucherman S. — Extra-medullary plasma cell tumors. (*Archives of Otolaryngology,* 1950 - *51* - 608).
82. — Galioto. — Su di un caso di plasmocitoma multiplo nasofaringo-laringo. (*Boll. Mal. Or.*, 1952 - *70* - p. 476).
83. — Galli Della Logia D. — Studio clinico nasologica del plasmocytome delle mucose. (*Annali Laringologica y Otologica* - Torino, 1957, 978-980).
84. — Gammel et Breckenbridge. - Histo-plasmozytome of larynx. (*Annals of O.R.L.*, 1949, t. *58* - p. 249-259).
85. — Gate J., Guichard A. — Réticulo-endothéliose maligne de type plasmocytaire. (*Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syph.*, 1952 *59* - 166-167).
86. — Geschikter C., Copeland M. — Tumors of bones. (*Amer, J., Cancer,* 1936, New-York).
87. — Gilore G. — Multiple myeloma with laryngol métastasis. (*Arch., Otolaryng,* 1941 - *34* - 453-460).
88. — Guiffreda A. — Les néoformations plasma cellulaires des premières voies aéro-digestives. (*Acta Oto-laryng* 1948 - *36* - p. 1383).
89. — Gregoire M.-L. — Contribution à l'étude des plasmocytoses médullaires et sanguines non malignes. (*Thèse Fac., Méd. de Paris,* 1960, n° 680).
90. — Grimaud R., Wayoff M. — Considération anatomo-clinique à propos de 2 cas de plasmocytomes extra-médullaires de la trachée et de l'amygdale. (*Soc. O.R.L. des Hôpitaux de Paris,* juin 1959. *Ann. d'O.R.L.* 1959, t. *76* - p. 1110).
91. — Grimaud R., Perrin C. — Un nouveau cas de plasmocytome bénin du larynx. (*J. F. d'O.R.L. et de Chir. M-faciale,* fév.-mars 1963, 205-209).

92. — Grunfield. — Plasmocytoma maligno del rinofaringe. (*Radiology*, 1948 - *50* - 661-665).
93. — Guerrier Y., Pages, Colomer. — Plasmocytome des cavités nasales, para-nasales et du pharynx. (*Montpellier médical*, 1961, t. *59* - n° 5).
94. — Guglielmo (di) R. — Le moderne concezioni sur plasmocytoma. (*Nuntius Radiologicus*, 1949 - *15* - 235-246)
95. — Guglielmo (di). — Inquadramento citologico e clinico di plasmocytoma. (*Hoematologica*, 1949 - *33* - 107-125).
96. — Haines M. — A metastating plama cell tumor of the pharyngeal tonsil. (*J. Laryng*, 1942 - *57* - 266-269).
97. — Hajek. — Plasmocytom. (*Monatssch. f. Ohrenh*, 1933, t. *67* - p. 1383).
98. — Hall J., Simson. — Plasmocytoma of sugglottis. (*Journ. Laryngol and Otol*, 1948 - *62* - p. 429).
99. — Havens F., Parkill E. — Tumors of the larynx other than squamous cell epitheliomas. (*Arch. Otolaryng*, 1941 - *34* - 1113-1122).
100. — Hayes D. — Lésions extra-médullaires dans le myélome multiple. Revue de la littérature A.M.A. (*Archives of Path.*, 1952 - *53* - 262).
101. — Heatly C.A. — Plasmocytomes primitifs des voies respiratoires supérieures avec atteinte des sinus maxillaires. (*Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, 1953 - *62* - 289).
102. — Hedinger. — Zur frage des plasmozytomes. (*Frankfurter Zietschr, f. path.*, 1911 - *7* - 343).
103. — Heindl, Jun A. — Un cas de plasmocytome. (*Wiener, Lar, Rhin, Ges.*, 1933, 6 XII - *32* - in Monastschr, f. orhen, t. XVII, p. 866).
104. — Hellwing G., Alexander, Wichita M. Kan. — Extra-medullary plasma cell tumors as observed in various localizations - From the Departement of Pathology. S.-Francisco. (*Arch. path.*, 1943 - *36* - 85-111).
105. — Hodge G., Wilson T. — Extra-medullary plasmocytoma of larynx. (*Canada, M. A. J.* 1948 - *59* - 165-166).
106. — Howard A. — Plasmocytomes des voies respiratoires supérieures. (*J. of. Laryng and Otology, nov.* 1955 - *69* - 11, 697).
107. — Hubert, Girard, Rambert. — Plasmocytome du nasopharynx. (*Société d'O.R.L. de Paris*, déc. 1934).
108. — Huckel R. — Ueberein Plasmocytom des Nasenrachenraumes. (*Wirch, Arch.*, 1927, 264).
109. — Huet et Fabre. — Plasmocytome du massif facial. (*Annales d'Otolaryngo.* 1951 - *68* - n° 2-3, 189-192).
110. Huet P.-C., L. Wicart, J. Villedrouin. — Plasmocytome isolé sous-maxillaire. (*Annales d'Otolaryngologie*, oct.-nov., 1956, p. 861).

111. - Huizing E. — Report of malignant tumors of the nose, paranasal sinuses and naso-pharynx. (*Pract Oto-rhino-laryng.*, 1962 - *24* - 127-132).
112. — Hynek. — Extramedulläres plasmocytom. (*Monatssch. f. Ohrenh*, 1950, t. *84* - p. 223).
113. — Iterson. — Un lymphocytome du naso-pharynx. (*Société d'O.R.L.*, juin 1934 - *6* - p. 623).
114. Ivernizzi M. — Plasmocytoma Solitario Tonsillare. (*Arch. Ital. otol.*, 1960 - *71* - 880-886).
115. — Jackson H., Parker F., Bethea J. — Studies of diseases of lymphoid and myeloïd tissues. Plasmocytoma and their relation to multiple myelomata. (*Am. J. M. Sc.*, fév. 1931, 169-181).
116. — Jacque A.-M. — Plasmocytome solitaire du maxillaire. (*Thèse, Paris* 1957, n° 323).
117. — Jaeger. — Das Extamedullare Plasmocytom. (*Zeitsch, f. Krebs-Forschung*, 1942 - *52* - 349).
118. — Jaffe H. — Tumors and tumorous conditions of the Bones and Joints. (1959. *Lea and Febriger*. Edt.).
119. Jay H.-M. — Plasmocytome de la cloison. (*J. Laryngo-Otol, sept.* 1955 - *69* - 625-526).
120. — Kane A., Milles J. — Plasmocytoma of lip. (*N. Y. Méd.*, J., 1952 - *52* - 1327-1328).
121. — Kanther. — Les trois modifications essentielles du plasmocytome. (*Arztliche, Forschung, Munich*, nov. 1956, 513-568).
122. — Klose. — Ueber des plasmocytom der pleura. (*Fol Hoemat.* Leipzig, 1912).
123. — Knight. — Plasma cell tumor of paranasal sinuses. (*J. Tennesse, Med.*, 1950 - *43* - 226-229).
124. — Korkis F.-P. — Tumeurs à la plasmocytes des voies respiratoires supérieures. (*J. Laryngo-Otolog.*, 1954 - *68* - 517-522).
125. — Kreibig W. — Uber die plasmocytoma der Bindehaut. (*Arch., Opht. - 131* - 89-101).
126. — Kurte, Broste. — Le plasmocytome des voies aériennes supérieures. (*Acta, Otol-Laryng.*, 1932, vol. XVIII, p. 31).
127. — Lalemant, Fabre, Rampin. — A propos d'un plasmocytome isolé du cavum. (*Soc. O.R.L. des Hôpitaux de Paris*, juin 1959, *Ann. d'O.R.L.* 1959, t. *71* - p. 1131).
128. — Lamy, Bernard, Lamotte. — Angines à plasmocytes. (*Le sang*, 1937 - *11* - 83-88).
129. — Lebon J. — Fréquence du myélome multiple. (*Presse Méd.*, 1955 - *63* - 1649).
130. — Leeman C. — Une tumeur sarcomateuse nasopharyngée rare. (*Practica Otorhino-laryngologica*, 1952 - *19* - 289-293).
131. — Lememager J., Fruhling L. — Plasmocytome de la trachée. (*J. Fr. Méd. Chir. Thor.*, 1958, 66-72).

132. — Lemoyne, Borst. — Plasmocytome du massif facial. (*Ann. Oto-Laryng.*, 1952 - *69* - 703-706).

133. — Lemoyne, Chome, Mordret. — Plasmocyto-sarcome des fosses nasales. (*Soc. Anat. de Paris*, déc. 1956, *Presse méd.*, 1957, p. 257).

134. — Lemoyne J., Fleury, Chome, Mordret Y. — Plasmocytome isolé du cavum. (*Soc. O.R.L. des Hôpitaux de Paris*, fév. 1958, *Ann. d'O.R.L.*, 1958, t. *75* - p. 683-691).

135. — Leroux M. — Les plasmocytomes des voies aériennes supérieures. (*Thèse*, Paris, 1936, n° 147).

136. — Leroux, Lalement, Delarue. — Plasmocytome de la trachée. (*Les Annales d'Otorhinolaryngologie*, 1931 - *2* - 200).

137. Lewis H., Henschel E. — Extramedullary plasmocytoma. (*Arch. Dermat. Syph.*, 1951 - *63*).

138. Lieberman T., Sagi T. — Plasmocitoma epipharyngis. (*Arch. Ohren. Nas.*, 1958 - *172* - 444).

139. — Lopez, Villoriat L. — Tumeurs malignes de la région naso-pharyngée ; plasmocytome de la paroi antérieure du naso-pharynx. (*Rev. San y Assist. Social.*, 1950, 15, 21-32).

140. — Lumb G. — Pathology of plasmocytoma. (*Ann. Roy. Coll. of Surgery of England*, 1952 - *10* - 211-254).

141. — Lumb, Prossor. — Plasmocytomes des voies respiratoires supérieures. (*Journal, of Bone and Joint Surgery*, 1948, 30 B).

142. — Mac Call. — Discussion de la communication de Heatly). (*Arch. of oto-laryng.*, 1953, t. *58* - p. 498).

143. — Mac Cartney. — Multiple pasmocytomata. — (*Scott. Soc. of O.R.L.*, 1930 - t. 45, p. 239).

144. — Mac Namara, Rogers. — (Arch. Path., 1943, 36-89).

145. — Mac Quinston R. — Extramedullary plasmocytoma of the nasal cavity and lateral wall of the nose. (*Arch. Otolaryng.*, 1959 - *69* - 457-458).

146. — Maguda Th., Malden S. — Plasmocytom of the nasal cavity. (*Arch. of Laryng.*, 1950 - *51* - 258-262).

147. — Mahoudeau, Lebeau, Daum. — Plasmocytome multiple à forme cérébrale. (*Revue de Neuro.*, 1952, n° *4* - 362).

148. — Marchal et Mallet. — Myélomes multiples. (*Le Sang*, 1950 - *21*).

149. — Marchal, Mallet. — La plasmocytose cancéreuse. (*Le Sang*, 1948 - *19* - 457-464).

150. — Masada T., Maiden J. — Plasmocytome de la cavité nasale. (*Arch. of Otolaryng.*, 1950, t. *51* - 258-262).

151. — Masson P., Wolf M. — Contribution à l'étude des plasmocytomes. (*Bull. Ass. Frac. du Cancer*, 1920 - 9 - 331-344).

152. — Mathieson R. — Primary plasmocytoma of trachea. Report of a case. (*Scot. Med. J.*, 1956 - *1* - 300-301).

153. Mattick W.-L. — Plasmocytoma and unusual case with progressive involmen of Waldeyer's ring and the larynx, bronches and pleura. (*Arch of Otolaryng*, 1950 - *51* - 263-271).

154. — Mattick W.-L., Thibaudeau — Extramedullary plasma cell tumors of the upper air passages. (*Amer. J., Cancer* 1935 - *23*, 513-521).

155. — Maurer R. — Die multiplen Plasmocytome in Bereich der oberen luftwege. (*Z., Laryng., rhinol*, 1951 - *30* - 63-69).

156. — Maximow A. — The lymphocytes and plasma cells in Cowdry. (*Paul Hoeber Inc.*, New-York, 1928 - *1* - 319-367).

157. — Menzel K. — Uber das Plasmocytom der Schleimhaut der oberen luft und speisewege. (*Schweiz, Med. Wochensch*, 1941 - *71* - 758).

158. — Millian G. — Plasmocytome de la langue. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 1939, 908-916).

159. — Milliez P., Dreyfus B., Rathery M. — Myélome ou cryptoleucose à plasmocytes. Caractères particuliers de la prolifération plasmocytaire. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris* 1947, 860-865).

160. — Mirguet J. — Les formes incomplètes des myélomes multiples. (*Thèse, Nancy* 1961, n° 89).

161. — Montpellier H., Choussat H. — Plasmocytome palpébral avec lésion de la diaphyse fémorale. (*Algérie Méd.* 1938, 42, 395-400).

162. — Mordret. — Plasmocytomes extra-médullaires des voies aériennes supérieures. (*Thèse, Paris*, 1958).

163. — Negri M., Ottaviani A. — Considerazioni su di un caso di plasmocitoma del rino-faringe. (*Oto-rin-laryng., Ital.*, 1960 - *29* - 324-337).

164. — Nemours, Perrot, Croquefer. — Plasmocytome du maxillaire supérieur. (*Revue de Stomatologie*, oct. 1931, p. 457).

165. — New, Harper. — Plasmacell myeloma of the pharynx and cervical region without squeletal involment. (*Arch of otolaryng*, 1932 - 16).

166. — Noel et Aloin. — A propos de tumeurs multiples amyloïdes des fosses nasales. (*Lyon, Chir.*, 1927, 497-505).

167. — Olsterdoff O. — Das schleimhaut Plasmozytom. (*Z. f. Laryng., Rhinol*, 1955 - 34 - 425-431).

168. — Oltersdort U. — Le plasmocytome des muqueuses. (*Résumé sur Annales d'Oto-Laryng.*, 1957, 74-129).

169. — Opikofer. — Das Plasmocytom. (*Bietr. Z. Anat. des ohres*, 1926, t. 23, p. 574-594).

170. — Pallestrini E. — Su di un plasmoma atipico a maligno del naso. (*Arch. per So. med.* 1927, 51, 175-182).

171. — Parkes M., Burtoff S. — Plasma cell tumors stimulating bilateral maxillary sinusitis. (*Arch. of Oto-Laryngology*, 1949, 666).

172. - Perrino A. — Plasmocytome du cavum. (Valsalva, 1954, 30 - 116-122).
173. — Piatti A. — Pasini C. - Granuloma plasmacellulare e plasmocitoma delle prima via aere. (*Arch. Ital. U. Otol.*, 1958 69, 412-426).
174. — Piney A., Riach J. — Multiple myeloma. Alenkaemic and leukaemic. (*Folia, hoemat*, 1931 - 46 - 37-58).
175. — Piquet J., Benoit, Piquet J.-J. — Les plasmocytomes du larynx et de la trachée. (*Soc. O.R.L. des Hôpitaux de Paris*, juin 1958. — *Ann. d'O.R.L.* 1959, t. 76, p. 639-653).
176. — Pirkey W.-P. — Metastatic multiple myeloma of the larynx. (*Laryngoscope*, 1957 - 67 - 85-87).
177. — Pirone. — Sur les cellules plasmatiques. (*Fol. Hoemat*, 1909, - 7 - 339).
178. — Pollock F. — Plasmocytome du nez et du naso-pharynx. (*Arch. of Oto-Laryng.*, 1934, t. XIX, p. 311-317).
179. — Priest R. — Extra-medullary plasma cell tumors of the nose, pharynx and larynx, a case report. (*Laryngoscope*, 1952 - 62 - 277-283).
180. — Rawson A. et Eyler P. — Plasma cell tumors of the upper respiratory tract. A clinico pathologic study with emphasis on criteria for histology diagnostic. (*Amer. J.* Path., 1950, 445-461).
181. — Redoy, Surya, Prakasa. — Plasmocytoma of the gingiva. (*J. Indian, med. prof.* 1956 - 2 - 942).
182. — Rief E. — Fall von extramedullären plasmozytom. (*Soc. Autrichienne d'O.R.L.*, 1955 - 89 - 313).
183. — Rigoletti L. — Plasmocitoma della lingua. (*Arch. Sci.* Med., 1936 - 61 - 600-604).
184. — Ringertz N. — Pathology of malignant tumors arising in the nasal ant para-nasal cavities and maxillary. (*Acta Oto-Laryngologica*, 1938, Supp. XXVII, p. 382).
185. — Riser et Sorel. — Plasmocytome intra-cranien avec paralysies unilatérales multiples. (*Ann. de Méd. de Paris*, nov. 1929, t. XXVI, p. 385).
186. — Rogers J. — Plasmona of naso-pharynx. (*Canada, M. A. J.* 1929 - 10 - 223).
187. — Roh R. — Primary mixed cell myeloma of the mouth involving and antrum. (*Arch. Otolaryng*, 1940 - 31 - 669-674).
188. — Rongallo P. — Sur un cas de volumineux plasmocytome bénin du rhino-pharynx. (*Valsalva*, 1942 - 18 - 342).
189. — Rosenwsser H. — Plasmocytoma of nasal cavity. (*Laryngoscope*, août 1930 - 40 - 516-582).
190. — Rossle. — Maligne plasmocytom des nasenrachenraumes. (*Scheiz. Md. Woschend*, 1926, 13).
191. — Rowlands, Shaw. — Le plasmocytome extra-médullaire. (*Brit. Méd. Journ.* 1954, n° 4873, p. 1302-1303).

192. - Ryckevaert A. — Plasmocytome osseux. (*Semaine des Hôp. de Paris,* 1953 - 29 - 2481-2483).

193. — Saarni. — Un cas de plasmocytome des voies aériennes supérieures. (*Arch., f. Ohren,* 1933, t. CXXXVI, p. 54-63).

194. — Sarasin. — Le plasmocytome. Etude de 37 cas de Zurich. (*Oncologie* 1950 - 3 - 90-117).

195. — Scarcella et Perino G. — Plamoma of guno, 3 cases. (*Stomatolog,* 1933 - 31 - 200-210).

196. — Scevola P. — Sur deux cas de tumeurs plasmocytaires du rhino-pharynx. (*Archivio Italiano di O.R.L.,* 1950 - 41 - 366).

197. — Schneider M., Mazabraud M. — Les signes révélateurs du myélome et leur fréquence relative. (*Revue Rhum,* 1959, 27 - 660).

198. — Schridde. — Weitere Untersuchungen über die Körnelungen der plasmazelen. (*Zbl. path.,* 1905 - 16 - 432).

199. — Schwartz L. — Plasmocytomas of upper air passages and the mouth. (*Arch. of Oto-laryng., nov.* 1954, t. 60 - p. 573).

200. — Scuderi R. — Plasmocytic tumors of the upper respiratory tract with observation of 2 cases. (*Tumori,* 1942 - 16 - 13-28).

201. — Seeman. — Ein Fall von plasmazellulären myelom. (*Zentralb. f. allhemeine Path. and Anat.* Bd XLVIII, 1930).

202. — Sessa F. — Contributo alla genesi dei plasmocitomi extramedollari. (*Arch. Sci, Med.,* 1947 - 84 - 216-228).

203. — Simon M. Eidlows S. — Plasmocytoma of lumph node, report of a case with multiple myeloma. (*New Engl. J. Med.,* 1950 - 243 - 335-338).

204. — Sitbon J., Souksi. — Plasmocytome du rhino-pharynx. (*Bull., Alger, Carcin,* 1952).

205. — Stancil R., Tomlinson W. — Extra-medullary plasma cell tumor of the mouth. (*Arch. Otolaryng.,* 1944 - 40 - 138-141).

206. — Steward et Taylor. — Observation on solidary plasmocytoms. (*J. Path. and Anat.* juillet 1932).

207. — Stout A., Kenney. — Primary plasma cell tumors of the upper air passages and oral cavity. (*Cancer, mars* 1949 - 2 - p. 261).

208. - Strassburg, Menfred. — Uver ein grosses cystenännliches. Plasmocytom des unterlyefers. (*Dtsch. Zanaezt,* 1957, 310-315).

209. - Struben W. — Des myélomes multiples. (*Pract. Otorhinolaryng.,* 1955. - 17 - 288-299).

210. — Switzer P. — Plasmocytome extra-médullaire atteignant le pharynx, la peau et les ganglions lymphatiques. (*Arch.* Int. Méd. 1956 - 86 - 402-411)

211. — Tavernier, Leclerc. — Plasmocytome solitaire des os. tumeur de malignité atténuée (*J. Chir.*, 1941, t. LVII, n° 4).
212. — Taylor T., Settle. — Plasmocytome de la cavité nasale. (*Arch. Oto-Laryng., mars* 1955 - 61 - 277-279).
213. — Thomas Y., Taylor. — Plasmocytome of the nasal cavity. (*Arch. of Oto-Laryng.*, 1955, 277-279).
214. Trancart P. — Localisations cranio-faciales de la maladie de Kahler. (*Thèse Fac., Paris*, 1956, n° 281).
215. — Tosch R. — Seltene localisation eines Plasmocytomes in hals-Nasen - Ohren Gebiet. (*H.N.O.*, 1955, t. 5 - p. 120).
216. — Verebely T. — Ueber des myelom. (*Bruns'Beitz, Klin, Chir.* 1906 - 48 - 614).
217. — Vernant P. — La maladie myélomateuse. (*La France Médicale*, août 1951 - 8 - p. 9).
218. — Vilar S. et Ferrer. — Résultats du traitement radiothérapique de deux carcinomes et d'un plasmocytome de l'amygdale. (*Revue Méd.*, Barcelone, 1930, t. 13 - p. 235-239).
219. — Villata. — Plasmozytom des schädelles. (*Arch. per la scienze. med. fas.*, 52, 1928, t. 3 - *ref in Zentralblatt f. allegmeine, path und anat,* Bd XLVI, p. 17).
220. — Vlasto. — *Royal society of Medecine.* (Londres, 1929).
221. — Voegt H. — Extra-medullary plasmozytoma. (*Wirchow's Arch.*, 1938 - 302 - 497-508).
222. — Vogt. — (*Franckfurter Zeitschrift, f. Path.*, 1912 - 10 - 129).
223. Von Verdt F. — (*Zeitschr, f. path.*, 1911).
224. — Wachter. — Ein Fall von multiplen plasmozytomen der nasenrachenraumes. (*Oberen Luftwege, Arch. f. Laryng., v. rhinol.*, 1914).
225. — Waltner J. — Plasma cell tumors of the naso-pharynx. (*Annals of Otorhin. Laryng.*, déc. 1947 - 56 - 4, 911).
226. — Warin R.-P. — Plasma cell granuloma ofs lips, mouth and larynx. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 1954, t. 47 - p. 171).
227. — Wille C. — Malign tumors of the nose and accessory sinuses. (*Acta. Oto-laryngologica,* suppl., 1947-1948, 5 - 65-69).
228. — Zaouche T. — Contribution à l'étude des plasmocytomes des voies aériennes supérieures. (*Thèse, Fac.* Paris, 1932, n° 143).
229. — Zilshorff, Pedersen K. — Plasmocytome du Rhino-pharynx. (*Nordish-Med,* Stockholm, 1951, t. 45 - p. 1011-1012).

TABLE DES MATIÈRES

pages

Introduction 17

Historique. 19

Généralités 23

Considérations Histologiques et Anatomo-pathologiques. 27

Symptomatologie. 38

Problèmes de diagnostic 40

Evolution et Pronostic 44

Discussion et Place Nosologique 47

Observations 49

Traitement 61

Conclusions 63

Bibliographie 65